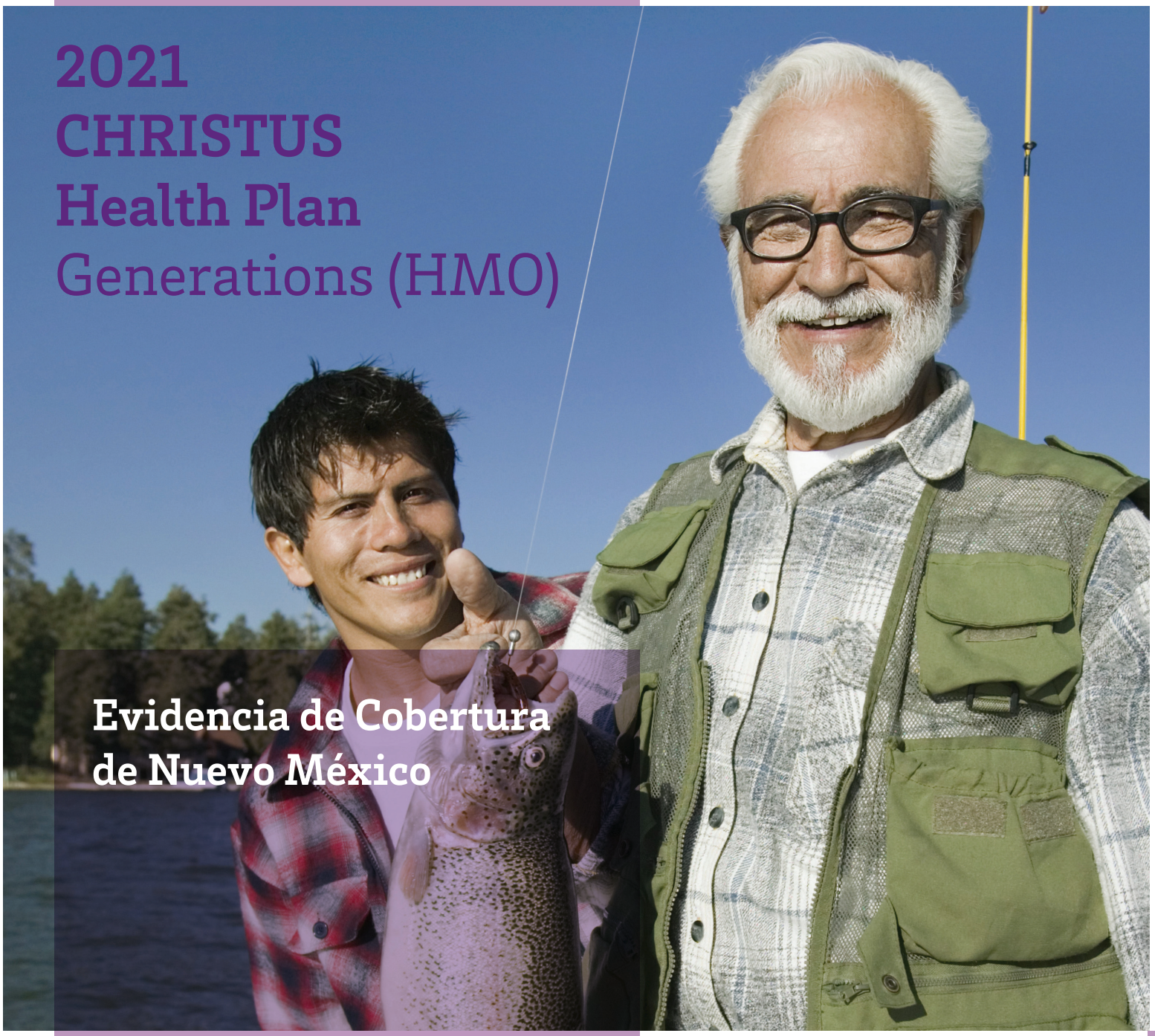
2021 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)



Evidencia de Cobertura de Nuevo México

CHRISTUS Health Plan Generations cubre a los miembros de los siguientes condados:

CHRISTUS Health Plan

Los Alamos
Rio Arriba
San Miguel
Santa Fe



CHRISTUS HEALTH PLAN
Generations (HMO) y
Generations Plus (HMO)

MÉTODO	SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAMADA	844.282.3026 – Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para asistirle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles. Los mensajes que deje se responderán en un día hábil. Servicios a Miembros también tiene servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay New Mexico Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para asistirle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBIR	Christus Health Plan Generations, Attention: Member Services P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	ChristusHealthPlan.org

THE NEW MEXICO AGING AND LONG-TERM SERVICES DEPARTMENT (EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES Y DE LARGO PLAZO DE NUEVO MÉXICO)

The New Mexico Aging and Long-Term Services Department (El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros médicos locales gratuito a las personas con Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
CALL	866.451.2901 – Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services Department P.O. Box 27118 Santa Fe | NM 87502-7118
WEBSITE	nmaging.state.nm.us

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

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

Este folleto le proporciona los detalles sobre su cobertura médica y de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios médicos y medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, CHRISTUS Health Plan Generations, se ofrece a través de CHRISTUS Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro" significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan" significa CHRISTUS Health Plan Generations).

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Por favor, contacte a nuestro número de Servicios a Miembros al 1-844-282-3026 para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Servicios a Miembros también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas gratuitos disponibles para quienes no hablan inglés (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede obtener este documento de manera gratuita en inglés y español, además de otros formatos como letra grande, Braille y/o audio.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

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

H1189_MC1869_C Archivo y Uso 09/02/2020

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 31 de diciembre de 2021)

2021 Evidencia de Cobertura

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Con el fin de obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Empezar como miembro 4

Explica qué significa estar en un plan médico de Medicare y cómo usar este folleto. Le dice sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la penalización por inscripción tardía a la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 22

Le dice cómo ponerse en contacto con nuestro plan (CHRISTUS Health Plan Generations) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, Seguridad Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3. Uso de cobertura del plan para sus servicios médicos 39

Explica cosas importantes que usted necesita saber sobre cómo recibir su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando usted tenga una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted) 56

Proporciona los detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su participación en el costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Uso de cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 110

Explica las reglas que usted necesita seguir cuando reciba sus medicamentos de la Parte D. Le dice cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Le dice qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde surtir sus recetas. Le dice sobre los programas del plan para la seguridad de medicamentos y el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D 134

Le dice sobre las 5 etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Periodo sin Cobertura, Etapa de Cobertura de Catástrofes) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga para sus medicamentos. Explica los 5 niveles de participación en los costos de sus medicamentos de la Parte D y dice lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de participación en los costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 153

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted quiera solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 161

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Dice qué puede hacer si usted piensa que sus derechos no se están respetando.

Capítulo 9. Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)..... 173

Le dice qué hacer paso a paso si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que usted piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones extras en su cobertura para medicamentos recetados y solicitarnos que sigamos cubriendo atención de hospital y ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que su cobertura se está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Terminación de su membresía del plan..... 230

Explica cuándo y cómo puede dar por terminada su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que se requiere que nuestro plan dé por terminada su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales..... 240

Incluye avisos sobre la ley vigente y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 243

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Empezar como miembro

Capítulo 1. Empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Usted está inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations, que es un HMO de Medicare 6
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura* ? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 6

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace a usted elegible para ser miembro del plan? 7
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicio de CHRISTUS Health Plan Generations 7
Sección 2.4 Ciudadano de los EE.UU. o Presencia Legal en los EE.UU. 8

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá usted de nosotros? 8
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados bajo cobertura 8
Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: Su guía para todos los proveedores de la red del plan 9
Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos del plan *(Formulario)* 10
Sección 3.4 *Explicación de los Beneficios* de la *Parte D* ("EOB de la Parte D"): Reportes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos recetados de la Parte D 10

SECCIÓN 4 Su prima mensual paraCHRISTUS Health Plan Generations 11
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? 11

SECCIÓN 5 ¿Usted tiene que pagar la "penalización por inscripción tardía" en la Parte D? 11
Sección 5.1 ¿Qué es "penalización por inscripción tardía en la Parte D"? 11
Sección 5.2 ¿Cuánto cuesta la penalización por inscripción tardía en la Parte D? 12
Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la penalización 13
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D? 13

SECCIÓN 6 ¿Tiene usted que pagar una cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos? 14
Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos? 14
Sección 6.2 ¿Cuánto cuesta la cantidad extra de la Parte D? 14

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo en pagar una cantidad extra de la Parte D? 14
Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad extra de la Parte D? 14

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 15
Sección 7.1 Si usted paga una penalización por inscripción tardía en la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la penalización 15
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima del plan mensual durante el año? 17

SECCIÓN 8 Por favor mantenga actualizado el registro de su membresía del plan 17
Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurar que tenemos información exacta sobre usted 17

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 18
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 18

SECCIÓN 10 ¿Cómo funciona otro seguro con nuestro plan? 19
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 19

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted tiene cobertura de Medicare, y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, CHRISTUS Health Plan Generations.

Existen diferentes tipos de planes médicos de Medicare. CHRISTUS Health Plan Generations es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento Médico) de Medicare y lo dirige una compañía privada.

La cobertura bajo este Plan califica como Qualifying Health Coverage (QHC) (Cobertura Médica Calificada) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección y Atención Asequible al Paciente (ACA). Por favor, 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 se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura* ?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener su atención médica de Medicare y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations.

Es importante que usted sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le exhortamos a que dedique algo de tiempo a revisar este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si usted está confundido o preocupado, o simplemente tiene alguna pregunta, por favor contacte a Servicios a Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CHRISTUS Health Plan Generations cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su forma de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos en ocasiones se llaman “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está en vigor durante los meses en los que usted esté inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CHRISTUS Health Plan Generations después del 31 de diciembre de 2021. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace a usted elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre y cuando:

- Usted tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le dice sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- -- *y* -- que usted viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- *y* -- que usted sea ciudadano de los Estados Unidos o que esté legalmente presente en los Estados Unidos

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

Cuando usted se inscribió por primera vez a Medicare, recibió información sobre los servicios que se cubren bajo la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare por lo general ayuda a cubrir los servicios que prestan los hospitales (por servicios para pacientes hospitalizados, en centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de los médicos, terapia de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos durables (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio de CHRISTUS Health Plan Generations

Aunque Medicare es un programa federal, CHRISTUS Health Plan Generations está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Con el fin de seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nuevo México: Los Alamos, Rio Arriba, San Miguel and Santa Fe.

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, por favor contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando usted se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse a un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame a Seguridad Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Seguridad Social en el Capítulo 2, Sección 5.

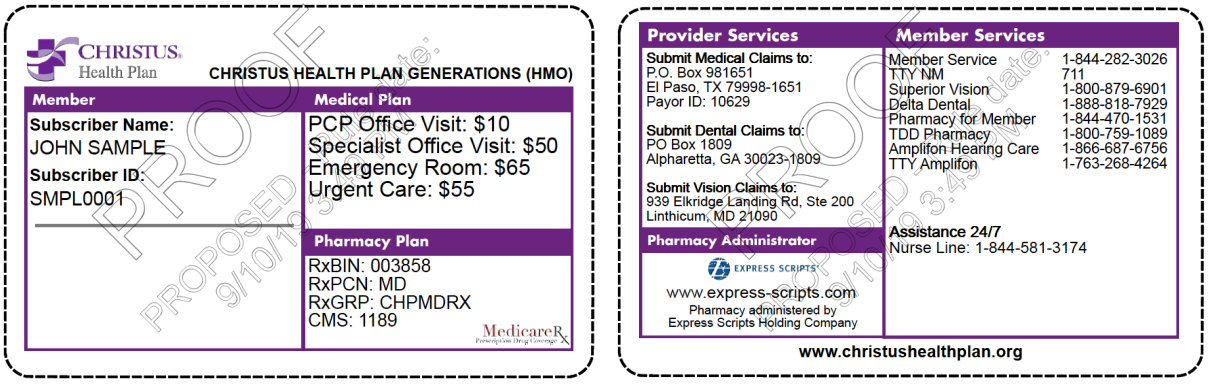
Sección 2.4 Ciudadano de los EE.UU. o Presencia Legal en los EE.UU.

Un miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano de los EE.UU. o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CHRISTUS Health Plan Generations si usted no es elegible para seguir siendo miembro con base en esto. CHRISTUS Health Plan Generations debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá usted de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan – Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados bajo cobertura

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto bajo este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para mostrarle cómo será la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras usted sea miembro de este plan. Si usted usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de CHRISTUS Health Plan Generations, puede que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si usted necesita servicios de hospital o servicios de hospicio, o bien participar en estudios de investigación de rutina.

Esta es la razón por la cual esto es tan importante: Si usted obtiene servicios cubiertos al usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de CHRISTUS Health Plan Generations mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios a Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera a nuestros proveedores de la red y a los proveedores de equipos médicos durables.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales médicos, grupos médicos, proveedores de equipos médicos durables, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier participación en el costo del plan como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores, farmacias y prestadores está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org .

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores y farmacias son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios médicos, además de que debe surtir sus recetas en una farmacia de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas). Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentes necesarios cuando la red no esté disponible (por lo general, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CHRISTUS Health Plan Generations autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Uso de cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Usted puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar los proveedores y la farmacia de la red que desee usar. Existen cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web enwww.christushealthplan.org. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener información sobre proveedores actualizada o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Por favor, revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias 2021* para ver qué farmacias están en nuestra red**.

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, usted puede llamar a Servicios a Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de proveedores y farmacias. También puede

encontrar esta información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org . Usted puede solicitar a Servicios a Miembros más información sobre nuestros proveedores de red, incluidas sus calificaciones.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. Dice qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en CHRISTUS Health Plan Generations. Los medicamentos de esta lista los selecciona el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos que establece Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de CHRISTUS Health Plan Generations.

La Lista de Medicamentos también le dice si existen reglas que restrinjan la cobertura para sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que usan de manera más común nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no se incluye en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o contactar a Servicios a Miembros para averiguar si lo cubrimos. Con el fin de obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que se cubren, usted puede visitar el sitio web del plan (www.christushealthplan.org) o llamar Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 *Explicación de los Beneficios* de la *Parte D* ("EOB de la Parte D"): Reportes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un reporte resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este reporte resumido se llama la *Explicación de Beneficios* de la *Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le dice la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con menor participación en los costos que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con su recetador estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 *(Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y cómo le puede ayudar a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible por solicitud. Con el fin de obtener una copia, por favor contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual paraCHRISTUS Health Plan Generations

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Usted no paga una prima del plan mensual por separado para CHRISTUS Health Plan Generations. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero le pague su prima de la Parte B).

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

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Se requiere que algunos miembros paguen una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D porque no se unieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más cuando no tenían cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima del plan mensual más la cantidad de la penalización por inscripción tardía en la Parte D.
    - Si a usted se le requiere que pague la penalización por inscripción tardía en la Parte D, el costo de esta dependerá del tiempo que haya pasado sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. El Capítulo 1, Sección 5, explica la penalización por inscripción tardía en la Parte D.
    - Si tiene una penalización por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, se le podría cancelar su inscripción del plan.
- A algunos miembros se les puede requerir que paguen un cargo extra, que se conoce como Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos de la Parte D, que también se conoce como IRMAA, porque hace dos años tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierta cantidad, en su declaración de impuestos al IRS. Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar la cantidad de la prima estándar y este cargo extra, que se sumará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6, explica la IRMAA con más detalle.

SECCIÓN 5 ¿Usted tiene que pagar la "penalización por inscripción tardía" en la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es "penalización por inscripción tardía en la Parte D"?

Nota: Si usted recibe "Extra Help" ("Ayuda Extra") de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una penalización por inscripción tardía.

La penalización por inscripción tardía es una cantidad que se suma a su prima de la Parte D. Usted puede deber una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en cualquier momento posterior a que su periodo de inscripción inicial termine, existe un periodo de 63 días o más consecutivos en que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La "cobertura de medicamentos recetados acreditable" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo usted sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Usted tendrá que pagar esta penalización mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en CHRISTUS Health Plan Generations, le informaremos la cantidad de la penalización. La penalización por inscripción tardía en la Parte D se considera su prima del plan. Si usted no paga su penalización por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Sección 5.2 ¿Cuánto cuesta la penalización por inscripción tardía en la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la penalización. Así es como funciona:

- Primero cuente el número de meses completos que tardó en inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare, después de que era elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos en los que no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes que usted no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima es de $33.06.
- Con el fin de calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización y la prima mensual promedio y luego redondéela a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $33.06. lo que es igual a $4.6284. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

Existen tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta penalización mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la penalización puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima nacional promedio (según lo determina Medicare) se incrementa, su penalización se incrementará.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una penalización** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si usted es menor de 65 años y en la actualidad recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando usted cumpla 65 años de edad. Después de los 65 años de edad, su penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en que usted no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial por cumplir años en Medicare.

Sección 5.3 En algunas situaciones, usted puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la penalización

Incluso si usted se ha demorado en inscribirse en un plan que ofrezca la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en ocasiones usted no tiene que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una penalización por inscripción tardía si está en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare llama a esto "**cobertura de medicamentos acreditable"**. Por favor, tenga en cuenta:
    - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un antiguo empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar a usted en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
        - Por favor, tenga en cuenta: Si usted recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica termine, puede que no signifique que su cobertura de sus medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se esperaba que pagara tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
    - Las siguientes *no* son cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.
    - Con el fin de obtener información adicional sobre cobertura acreditable, por favor lea el manual *Medicare y Usted 2021* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted estuviera sin cobertura acreditable, pero estuviera sin esta durante menos de 63 días consecutivos.
- Si usted está recibiendo "Extra Help" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D?

Si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre su penalización por inscripción tardía. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Si estaba pagando una penalización antes de inscribirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía. Llame a Servicios a Miembros para averiguar más sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar su penalización por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre la penalización por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene usted que pagar una cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos?

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

Si su ingreso bruto ajustado modificado, conforme se reporta en su declaración de impuestos al IRS desde hace 2 años, supera una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos, que también se conoce como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se suma a su prima.

Si usted tiene que pagar una cantidad extra, Seguridad Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta diciéndole cuál será esa cantidad extra y cómo pagarla. La cantidad extra se retendrá de su cheque de beneficios de Seguridad Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar la forma en que usted usualmente paga la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad extra a pagar. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad extra, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad extra al gobierno. No se puede pagar con su prima del plan mensual.**

Sección 6.2 ¿Cuánto cuesta la cantidad extra de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), conforme se reporta en su declaración de impuestos al IRS, supera una cierta cantidad, usted pagará una cantidad extra además de la prima del plan mensual. Con el fin de obtener más información sobre la cantidad extra que usted puede tener que pagar con base en sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer usted si no está de acuerdo en pagar una cantidad extra de la Parte D?

Si usted no está de acuerdo en pagar una cantidad extra debido a sus ingresos, puede pedir a Seguridad Social que revise la decisión. Con el fin de averiguar más sobre cómo hacer esto, contacte a Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

La cantidad extra se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le requiere que pague la cantidad extra y usted no la paga, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

A muchos miembros se les requiere que paguen otras primas de Medicare

A muchos miembros se les requiere que paguen otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2 anterior, con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, conforme se reporta en su declaración de impuestos al IRS desde hace 2 años, supera una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos, que también se conoce como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se suma a su prima.

- **Si se le requiere que pague la cantidad extra y usted no la paga, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si usted tiene que pagar una cantidad extra, Seguridad Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta diciéndole cuál será esa cantidad extra.
- Con el fin de obtener más información sobre las primas de la Parte D con base en los ingresos, vaya al Capítulo 1, Sección 6, de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en la Web o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* le da información sobre las primas de Medicare en la sección llamada "Costos de Medicare 2021". Esto explica cómo las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con ingresos diferentes. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de su primera inscripción. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, usted puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una penalización por inscripción tardía en la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la penalización

Si usted paga una penalización por inscripción tardía en la parte D, existen tres formas en las que puede pagar la penalización. Díganos cómo le gustaría pagar al llamarnos al número que aparece en el reverso de este folleto. Usted puede cambiar la forma de pago al llamarnos para decirnos qué le gustaría cambiar.

Si usted decide cambiar la forma en que paga su penalización por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago se puede llevar hasta tres meses en surtir efecto. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la penalización por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Cada mes, le enviaremos una factura. Los pagos con cheque se hacen a CHRISTUS Health Plan a más tardar el día 1 de cada mes:

CHRISTUS Health Plan
Department 1239
P.O. Box 121239
Dallas, Texas 75312-1239

Asegúrese de hacer su cheque pagadero a CHRISTUS Health Plan, no a CMS ni a HHS.

Opción 2: Tarjeta de crédito o deducción automática

Con el fin de que se deduzca su pago mensualmente de tarjeta de crédito o de manera automática de su cuenta bancaria, por favor llame al número de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles.

Opción 3: A usted se le puede eliminar la penalización por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de Seguridad Social.

A usted se le puede eliminar la penalización por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de Seguridad Social. Contacte a Servicios a Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su penalización de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si usted tiene problemas para pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D

Su penalización por inscripción tardía en la Parte D se debe pagar en nuestra oficina a más tardar el primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su penalización a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso diciéndole que la membresía de su plan terminará si no recibimos su penalización por inscripción tardía en la Parte D en dos meses. Si a usted se le requiere pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la penalización para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si usted tiene problemas para pagar a tiempo su penalización por inscripción tardía en la Parte D, por favor contacte a Servicios a Miembros para ver si podemos enviarlo a programas que le ayuden con su penalización. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Si damos por terminada su membresía porque usted no pagó su penalización por inscripción tardía en la Parte D, tendrá cobertura médica bajo Original Medicare.

Si damos por terminada su membresía con el plan porque usted no pagó su penalización por inscripción tardía en la Parte D, entonces no podrá recibir la cobertura de la Parte D sino hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare anual, usted puede unirse a un plan de medicamentos

recetados independiente o a un plan médico que también brinde cobertura para medicamentos. (Si no tiene cobertura de medicamentos "acreditable" durante más de 63 días, usted puede tener que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que demos por terminada su membresía, usted todavía puede debernos la penalización que no ha pagado. Tenemos el derecho de procurar el cobro de la penalización que usted deba. En el futuro, si usted desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), necesitará pagar la cantidad que deba antes de poder inscribirse.

Si piensa que hemos terminado su membresía por error, usted tiene derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión al presentar una queja. El capítulo 9, Sección 10, de este folleto dice cómo presentar una queja. Si usted tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que causó que no pudiera pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D dentro de nuestro periodo de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión al llamar al 1-844-282-3026 entre 8:00 a.m. y 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de terminación de su membresía.

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

No. No tenemos permitido cambiar la cantidad que cobramos por la prima del plan mensual durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le diremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa "Extra Help" o si pierde su elegibilidad para el programa "Extra Help" durante el año. Si un miembro califica para "Extra Help" con los costos de sus medicamentos recetados, el programa de "Extra Help" pagará parte de la prima del plan mensual del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año necesitará comenzar a pagar su prima mensual completa. Usted puede averiguar más sobre el programa "Extra Help" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Por favor mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurar que tenemos información exacta sobre usted

El registro de su membresía tiene información de su forma de inscripción, que incluye su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan el registro de su membresía para saber qué servicios y medicamentos se cubren y las cantidades de participación en los costos para usted**. Debido a esto, es muy importante que usted nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, del empleador de su cónyuge, de compensación de trabajadores o de Medicaid)
- Si usted tiene cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por accidente de automóvil
- Si a usted se le ha internado en un asilo de ancianos
- Si usted recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su responsable designado (como un cuidador) cambia
- Si usted está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de esta información cambia, por favor infórmenos al llamar a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante contactar a Seguridad Social si se muda o cambia su dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Seguridad Social en el Capítulo 2, Sección 5.

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

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios bajo nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, vea la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Por favor, lea esta información con cuidado. Si es correcta, usted no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no esté en la lista, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal conforme lo requieren estas leyes.

Con el fin de obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, por favor vaya al Capítulo 8, Sección 1.3, de este folleto.

SECCIÓN 10 ¿Cómo funciona otro seguro con nuestro plan?

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

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), existen reglas que establece Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le llama "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. Al que paga en segundo lugar, se le llama "pagador secundario", y solo paga si hay costos que quedan sin cubrir bajo la cobertura primaria. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan médico grupal del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare con base en edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado y usted o un familiar aún trabajan, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis (pulmón negro)
- Compensación de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios que cubre Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes médicos grupales del empleador y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, dígale a su médico, hospital y farmacia. Si usted tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar información sobre su otro seguro, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted puede necesitar proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que usted haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de CHRISTUS Health Plan Generations** (cómo contactarnos, incluido cómo contactar a Servicios a Miembros del plan) **23**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **29**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **30**

SECCIÓN 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare) **31**

SECCIÓN 5 **Seguridad Social** **32**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados) **33**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **34**

SECCIÓN 8 **Cómo contactar a la Junta de Jubilación Ferroviaria** **37**

SECCIÓN 9 **¿Tiene usted un "seguro grupal" u otro seguro médico de un empleador?** **37**

SECCIÓN 1 Contactos de CHRISTUS Health Plan Generations (cómo contactarnos, incluido cómo contactar a Servicios a Miembros del plan)

Cómo contactar a Servicios a Miembros de nuestro plan

Con el fin de obtener asistencia para reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, por favor llame o escriba a Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan Generations. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios a Miembros – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles. Servicios a Miembros también tiene servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations A la atención de: Servicios a Miembros 919 Hidden Ridge Drive Irving, Texas 75038
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre cobertura de su atención médica

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos para sus servicios médicos. Con el fin de obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones sobre su cobertura de atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Usted puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones sobre cobertura.

Método	Decisiones sobre cobertura para atención médica – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations A la atención de: Administración Médica P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hayamos tomado. Con el fin de obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles.

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations A la atención de: Quejas y Apelaciones P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo contactarnos para presentar una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, usted debe ver la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Con el fin de obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
FAX	1-866-416-2840

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations A la atención de: Quejas y Apelaciones P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos para sus medicamentos recetados que cubre el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Con el fin de obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones sobre cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Decisiones sobre cobertura de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMADA	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-328-9799
ESCRIBIR	Express Scripts A la atención de: Revisiones de Medicare P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/index.html

Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hayamos tomado. Con el fin de obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 *(Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados Parte D – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBIR	Quejas y Apelaciones PO Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB	https://www.christushealthplan.org/

Cómo contactarnos para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una farmacia de nuestra red, incluida una quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pago. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, usted debe ver la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Con el fin de obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-0380 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBIR	Quejas y Apelaciones PO Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra participación en el costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido

Con el fin de obtener más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos *que paguemos nuestra participación en una factura que usted haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Por favor, tenga en cuenta: Si usted nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 *(Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas))* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles.

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations PO Box 169001 Irving, TX 75016
SITIO WEB	https://www.christushealthplan.org/

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamado “CMS”). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMADA	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción a Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información sobre el estatus de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes médicos de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un *estimado* de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. Usted también puede usar el sitio web para decirle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CHRISTUS Health Plan Generations: • **Dígale a Medicare sobre su queja:** Usted puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si usted no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de atención para adultos mayores le pueden ayudar a visitar este sitio web al usar su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información busca. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Nuevo México, el SHIP se llama New Mexico Aging and Long-Term Services Department (Departamento de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México).

New Mexico Aging and Long-Term Services Department es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos locales gratuita a personas con Medicare.

Los asesores de New Mexico Aging and Long-Term Services Department pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento médico, además de ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de New Mexico Aging and Long-Term Services Department también pueden ayudarle a entender sus opciones de plan de Medicare y responder sus preguntas sobre cambio de planes.

Método	New Mexico Aging and Long-Term Services Department (New Mexico SHIP) – Información de contacto
LLAMADA	1-800-432-2080 Las llamadas a este número son gratuitas. 1-505-476-4799 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local.
TTY	1-505-476-4937 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nuevo México, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales médicos que paga el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe contactar a KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Usted piensa que la cobertura para su estancia en el hospital se está terminando demasiado pronto.

- Usted piensa que la cobertura para sus servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) se está terminando demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Nuevo México) – Información de contacto
LLAMADA	1-888-315-0636 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local. Fines de semana y días festivos de 11:00 a.m. a 3:00 p.m., hora local.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguridad Social

Seguridad Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos y los residentes permanentes legales de los EE.UU. que tengan 65 años o más de edad, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques de Seguridad Social, la inscripción a Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques de Seguridad Social, tiene que inscribirse en Medicare. Seguridad Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Con el fin de solicitar Medicare, usted puede llamar a Seguridad Social o visitar su oficina local de Seguridad Social.

Seguridad Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad extra para su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso mayor. Si usted recibió una carta de Seguridad Social diciéndole que tiene que pagar una cantidad extra y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron por un evento que cambió su vida, puede llamar a Seguridad Social para solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia su dirección postal, es importante que contacte a Seguridad Social para informarles.

Método	Seguridad Social – Información de contacto
LLAMADA	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios de teléfono automatizado de Seguridad Social para obtener información grabada y tramitar algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa del gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, así como otras participaciones en los costos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios de Medicaid completos (QMB+)).
- **Beneficiario con Bajos Ingresos Especifico de Medicare (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios de Medicaid completos (SLMB+)).
- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidad y que trabajan calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Con el fin de averiguar más sobre Medicaid y sus programas, contacte al Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.

Método	Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México – Información de contacto
LLAMADA	1-888-997-2583 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora local.
TTY	1-888-997-2583 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.insurenewmexico.state.nm.us

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

Programa “Extra Help” de Medicare

Medicare proporciona “Extra Help” (“Ayuda Extra”)para pagar los costos de medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su inmueble ni su coche. Si usted califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de recetas. “Extra Help” también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para “Extra Help”. Algunas personas califican automáticamente para “Extra Help” y no necesitan hacer solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que califican automáticamente para “Extra Help”.

Usted puede obtener “Extra Help” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. A fin de ver si usted califica para recibir “Extra Help”, llame al:

- 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;
- A la oficina de Seguridad Social al 1-800-772-1213 de las 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (Vea la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted cree que ha calificado para “Extra Help” y cree que está pagando una cantidad de participación en los costos incorrecta cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o bien, si usted ya tiene la evidencia, proporcionarnos esta evidencia.

- Por favor, contacte a Servicios a Miembros si tiene preguntas acerca de cómo obtener información sobre sus copagos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda hacer el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si usted paga en exceso su copago, le reembolsaremos. O bien le enviaremos un cheque por la cantidad de su pago en exceso o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado su copago como una deuda que usted tiene, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Por favor, contacte a Servicios a Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuento para Periodo sin Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento para Periodo sin Cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes en medicamentos con nombre de marca a los miembros de la Parte D que han llegado al Periodo sin Cobertura y no están recibiendo "Extra Help". Para medicamentos con nombre de marca, el descuento del 70% que brindan los fabricantes excluye cualquier tarifa de entrega para los costos en el Periodo sin Cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega de medicamentos con nombre de marca.

Si usted llega al periodo sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture la receta y la Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento otorgado. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad que descuente el fabricante cuentan para los gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y le desplazan a través del periodo sin cobertura. La cantidad que paga el plan (5%) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

Usted también recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Si usted llega al periodo sin cobertura, el plan paga el 75% del precio de medicamentos genéricos y usted paga el 25% restante del precio. Para medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (75%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo la cantidad que usted paga cuenta y le hace pasar por el Periodo sin Cobertura. Además, la tarifa de entrega se incluye como parte del costo del medicamento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento para Periodo Sin Cobertura de Medicare en general, por favor contacte a Servicio a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP)?

Si usted está inscrito en un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP), o en cualquier otro programa que otorgue cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Extra Help"), usted todavía obtiene el descuento del 70% en medicamentos con nombre de marca cubiertos. Además, el plan paga 5% de los costos de medicamentos con nombre de marca en el periodo sin cobertura. Tanto el descuento del 70% como el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para VIH que salva la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también cubre el ADAP califican para asistencia de participación en los costos de recetas. En Nuevo México, esta organización es el Programa de Tarjeta de Medicamentos de Nuevo México. Nota: A fin de ser elegible para el ADAP que opera en su Estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el Estado y el estatus de VIH, bajos ingresos conforme lo defina el Estado, así como el estatus de no asegurado o infraasegurado.

Si en la actualidad está inscrito en un ADAP, este puede seguir proporcionándole asistencia de participación en los costos de las recetas de la Parte D de Medicare para los medicamentos del Formulario de ADAP. Con el fin de asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, por favor notifique a su trabajador de inscripciones al ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre o en el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Con el fin de obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos que se cubren o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa de Tarjeta de Medicamentos de Nuevo México al 1-800-726-4232.

¿Qué pasa si usted recibe "Extra Help" de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Usted puede obtener los descuentos?

No. Si usted recibe "Extra Help", ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el periodo sin cobertura.

¿Qué pasa si usted no obtiene un descuento y piensa que debería tenerlo?

Si usted piensa que ha llegado al periodo sin cobertura y que no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento con nombre de marca, debe revisar su siguiente aviso de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, usted debe contactarnos para asegurarse de que los registros de sus recetas estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, usted puede apelar. Usted puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este Capítulo) o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatales

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatales que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados con base en la necesidad financiera, la edad, la condición médica o las discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para otorgar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Nuevo México, el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal es el Programa de Tarjeta de Medicamentos de Nuevo México.

Método	El Programa de Tarjeta de Medicamentos de Nuevo México – Información de contacto
LLAMADA	877-321-6755 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local
SITIO WEB	www.nmdrugcard.com

SECCIÓN 8 Cómo contactar a la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, contacte a la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", usted puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (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", usted puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB (RRB HelpLine) y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador y/o sindicato o a Servicios a Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar acerca de los beneficios médicos del empleador o de jubilado, las primas o el periodo de inscripción de usted (o de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge), por favor contacte al **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Uso de cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Uso de cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Puntos que debe saber acerca de la obtención de su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan 41

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 41

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica que cubre el plan 41

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 42

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica 42

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener usted sin conseguir una aprobación previa de su PCP? 44

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 44

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 46

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tenga una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre 46

Sección 3.1 Cómo obtener atención si usted tiene una emergencia médica 46

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando usted tiene una necesidad urgente de servicios 47

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 48

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si a usted le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 48

Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra participación en el costo de los servicios cubiertos 48

Sección 4.2 Si los servicios no se cubren en nuestro plan, usted debe pagar el costo total 49

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un "estudio de investigación clínica"? 49

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 49

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 50

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cobertura de atención médica en una "institución de atención no médica religiosa" 51

Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención no médica religiosa? 51

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de atención no médica religiosa .. 51

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable..... 52

Sección 7.1 ¿Usted poseerá el equipo médico durable después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan? 52

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento..... 53

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho usted?..... 53

Sección 8.2 ¿Cuál es su participación en los costos? ¿Esto cambiará después de 36 meses? 53

Sección 8.3 ¿Qué pasa si usted decide dejar su plan y regresar a Original Medicare?..... 53

SECCIÓN 1 Puntos que debe saber acerca de la obtención de su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica qué necesita saber usted sobre el uso del plan para que su atención médica esté cubierta. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que usted necesitará seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica que cubre el plan.

Con el fin de obtener los detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué se cubre y qué paga usted*).

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

A continuación se presentan algunas definiciones que le pueden ayudar a entender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son los médicos y otros profesionales médicos con licencia del Estado para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales médicos, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de participación en los gastos de usted como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando usted ve a un proveedor de la red, solo paga su participación en el costo de sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica que cubre el plan

Como un plan médico de Medicare, CHRISTUS Health Plan Generations debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención que usted reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares de la práctica médica aceptados.

- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe darle su aprobación previa antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle una "remisión". Con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no se requieren para atención de emergencia ni para servicios urgentes necesarios. También hay algunos otros tipos de atención que usted puede obtener sin aprobación previa de su PCP (con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan). *A continuación se presentan tres excepciones:*
    - El plan cubre atención de emergencia o servicios urgentes necesarios que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Con el fin de obtener más información sobre esto y ver qué significa emergencia o servicios urgentes necesarios, vea la Sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita atención médica que Medicare requiera que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, usted puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Se requiere la autorización de CHRISTUS Health Plan Generations antes de buscar atención médica. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Con el fin de obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) es la primera y más importante decisión que usted debe tomar cuando se una a CHRISTUS Health Plan Generations. Un PCP es un médico, enfermero(a) especializado(a) u otro profesional médico que está capacitado para darle atención médica básica. Usted recibirá su atención de rutina o básica de su PCP.

Si usted elige un PCP a quien no ha visto antes, le sugerimos:

- Llamar al consultorio de su PCP tan pronto como sea posible y decirle al personal que usted es un nuevo miembro de CHRISTUS Health Plan Generations.
- Hacer una cita para ver a su PCP para que pueda conocerle y comenzar a atender sus necesidades médicas. Usted no tiene que esperar hasta que esté enfermo para hacer esta cita. Usted debe conocer a su médico lo antes posible.
- Pídale a su médico anterior que envíe su expediente médico a su nuevo PCP. Es responsabilidad de su PCP proporcionarle la mayor parte de su atención y le ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan.

Coordinar sus servicios incluye verificar o consultar con los demás profesionales y proveedores del plan acerca de su atención y cómo va. Si hay un hospital de la red en particular que usted quiera usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP usa ese hospital.

Algunos servicios que usted recibe pueden requerir que usted o su PCP obtengan una autorización previa del plan. Por favor, vea las Tablas de Beneficios para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa o contacte a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026.

¿Cómo elegir su PCP?

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, usted selecciona su proveedor de atención primaria (PCP) al momento de inscribirse en nuestro plan. El PCP que usted seleccione será su médico personal, quien le conocerá y se ocupará de todas sus necesidades médicas. Su PCP será responsable de coordinar toda su atención, excepto en una situación de emergencia o de atención urgente.

Le recomendamos que elija un PCP cerca de su hogar. Tener a su PCP cerca hace mucho más fácil recibir atención médica y desarrollar una relación de confianza y abierta con su PCP. El *Directorio de Proveedores y Farmacias de* CHRISTUS Health Plan Generations proporciona una lista completa de profesionales y proveedores de la red.

Si usted no puede encontrar a su médico actual en este directorio, y le gustaría confirmar que su médico está en nuestro plan, o si va a seleccionar un nuevo PCP y le gustaría saber si el PCP acepta nuevos pacientes, por favor contacte a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026.

Usted también puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org . El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP se imprimen en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar la red de proveedores de nuestro plan y usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Si usted quiere cambiar de PCP, por favor contacte a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026. Su solicitud puede ser por escrito, por teléfono o en el sitio web de CHRISTUS Health Plan Generations en www.christushealthplan.org. Servicios a Miembros verificará para asegurarse de que el PCP de la red que usted haya seleccionado acepte nuevos pacientes. Servicios a Miembros entonces cambiará su registro de miembro para mostrar el nombre de su nueva red. Los cambios de PCP entran en vigor al siguiente día hábil después de su solicitud. Usted recibirá una nueva

tarjeta de identificación de membresía que mostrará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Cuando usted llame, asegúrese de decirle a Servicios a Miembros si está viendo especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesitaron la aprobación de su PCP (como servicios médicos a domicilio y equipos médicos durables). Servicios a Miembros se asegurará de que usted pueda continuar con la atención de especialistas y otros servicios que haya estado obteniendo cuando cambie su PCP.

Nuestra meta es hacer que su transición a un nuevo PCP sea lo más fluida posible sin ninguna interrupción de su atención. Como siempre, si usted tiene una necesidad médica urgente o de emergencia, le exhortamos a buscar atención en un centro de atención urgente o de emergencia apropiado.

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

Usted puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin tener una aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios urgentes necesarios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, por favor llame a Servicios a Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo en específico. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son unos cuantos ejemplos:

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

Su PCP dirigirá y coordinará cualquier atención que usted pueda requerir y le ayudará a conseguir a un especialista cuando sea necesario. Algunos servicios pueden requerir una autorización previa. Su PCP necesitará obtener una autorización previa para los siguientes servicios:

- Equipos médicos durables y accesorios relacionados
- Atención para pacientes hospitalizados
- Servicios de ambulancia que no sean de emergencia
- Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria.
- Prótesis y accesorios relacionados
- Atención en centros de enfermería especializada (SNF)
- Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Se requiere que los proveedores de la red ayuden a los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations a obtener la autorización previa. Vea el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre cuáles servicios requieren autorización previa.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso al menos con 30 días de anticipación de que su proveedor va a dejar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le asistiremos con la selección de un nuevo proveedor calificado para que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando en forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, por favor contáctenos para que le asistamos para encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.

También podemos ayudarle a coordinar la transición de su atención. Nuestra meta es hacer que su transición a un nuevo especialista u otro proveedor sea lo más fluida posible sin ninguna interrupción de su atención. Llame a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe usar proveedores de la red para obtener su atención médica y sus servicios. Las únicas excepciones son las emergencias y la atención urgente necesaria cuando la red no esté disponible (por lo general, cuando usted esté fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CHRISTUS Health Plan Generations autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Vea el Capítulo 3, Sección 3 *(Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tenga una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre)*para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tenga una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si usted tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer usted si tiene una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que esté empeorando con rapidez.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan rápido como sea posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *Usted no* necesita obtener una aprobación ni una remisión de su PCP primero.
- **Tan rápido como sea posible, asegúrese de que se le haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos darle seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para decirnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. Por favor contacte a Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Servicios a Miembros también tiene servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.

¿Qué se cubre si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Con el fin de obtener más información, vea la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Si usted tiene una emergencia, nosotros hablaremos con los médicos que le estén brindando atención de emergencia para ayudar a manejar y darle seguimiento a su atención. Los médicos que le estén dando atención de emergencia decidirán cuándo está estable su condición y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Después de que termine la emergencia, usted tendrá derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su condición sigue estando estable. Su atención de seguimiento se cubrirá por medio de nuestro plan. Si su atención de emergencia se proporciona a través de proveedores fuera de la red, trataremos de arreglar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces es difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir por atención de emergencia –pensando que su salud está en grave peligro– y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

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

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *– o –* La atención adicional que usted obtiene se considera un "servicio urgente necesario" y sigue las reglas para obtener estos servicios urgentes necesarios (con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios urgentes necesarios"?

Los "servicios urgentes necesarios" son una enfermedad, , lesión o condición médica inesperada que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios urgentes necesarios se pueden prestar a través de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos en forma temporal. La condición inesperada podría ser, por ejemplo, un brote inesperado de una condición conocida que usted tiene.

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

Usted siempre debe tratar de obtener servicios urgentes necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede acceder a ellos en forma temporal y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red ya esté disponible, nosotros cubriremos los servicios urgentes necesarios que usted obtenga de un proveedor fuera de la red.

- **Acuda al proveedor de atención urgente más cercano**. Usted no necesita obtener primero una aprobación ni una remisión de su PCP, aunque usted tal vez desee contactar a su PCP para que le ayude a coordinar su atención con un proveedor de atención urgente.

- **Tan rápido como sea posible, asegúrese de que a nuestro plan se le haya dicho sobre su consulta de atención urgente**. Necesitamos darle seguimiento a su atención urgente. Usted u otra persona debe llamar para decirnos sobre su atención urgente, por lo general dentro de las siguientes 48 horas. Por favor llame a Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Para personas sordas, con dificultades auditivas o con impedimentos del habla, por favor llame a TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Proporcionamos servicios de interpretación sin costo para usted. Usted también puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- A fin de localizar un centro de atención urgente de la red, busque en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o visite nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026.

¿Qué pasa si usted está fuera del área de servicio del plan cuando tenga una necesidad urgente de atención?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentes necesarios que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgentes a nivel mundial fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Por favor visite el siguiente sitio web: www.christushealthplan.org para obtener más información sobre como recibir la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si usted no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con participación en los costos dentro de la red. Si usted no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Por favor vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si a usted le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra participación en el costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más de su participación para servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué debe hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no se cubren en nuestro plan, usted debe pagar el costo total

CHRISTUS Health Plan Generations cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubra, ya sea porque no son servicios que cubre el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio médico o atención médica que esté considerando, usted tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo obtenga. Usted también tiene el derecho de solicitar esto por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión sobre cobertura de nosotros o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

En el caso de servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted pague después de haber alcanzado la limitación de los beneficios no contarán para el máximo de gastos de bolsillo. Usted puede llamar a Servicios a Miembros cuando quiera saber cuánto de su límite de beneficios ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted está en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, para lo que solicitan voluntarios con el fin de que ayuden en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en este le contactará para explicarle más sobre el mismo y ver si cumple con los requisitos que establezcan los científicos que lo estén llevando a cabo. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con

los requisitos para el estudio *y* tenga un entendimiento pleno y acepte lo que implique si participa en el estudio.

Si usted participa en un estudio que apruebe Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando usted participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted quiere participar en un estudio de investigación clínica que apruebe Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que le brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí necesita decirnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si usted planea participar en un estudio de investigación clínica, contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para avisarles que participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica que apruebe Medicare, usted tendrá cobertura para los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen:

- Alojamiento y alimentos para una estancia en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su participación en el costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre la participación en los costos de Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad para los servicios que reciba como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: Digamos que a usted se le hace una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su participación en los costos de esta prueba es de $20 bajo Original Medicare, pero la prueba sería de $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 para la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Con el fin de que nosotros paguemos nuestra participación en los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, usted necesitará enviarnos una copia de su resumen de avisos de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Por favor, vea el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le dé a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los artículos o servicios que se le proporcionen solo para recopilar datos y que no se usen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría exploraciones por tomografía computarizada (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica de manera normal requeriría solo una exploración por TC.

¿Desea saber más?

Usted puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica al leer la publicación “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cobertura de atención médica en una “institución de atención no médica religiosa”

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

Una institución de atención no médica religiosa es un centro que proporciona atención para una condición que de manera normal se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, nosotros otorgaremos cobertura para atención en una institución de atención no médica religiosa. Usted puede optar por buscar atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solo por servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará servicios de atención no médica que presten instituciones de atención no médica religiosa.

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de atención no médica religiosa

Con el fin de recibir atención de una institución de atención no médica religiosa, usted debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a obtener tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención médica o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es la atención médica o tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o *se requiere* bajo la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporcione el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.
    - *– y –* usted debe obtener una aprobación previa de nuestro plan antes de que se le interne en el centro o su estancia no se cubrirá.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico durable

Sección 7.1 ¿Usted poseerá el equipo médico durable después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico durable (DME) incluye artículos como equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que ordene un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección hablamos sobre otros tipos de DME que usted debe rentar.

En Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de DME poseen el equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, por lo general usted no adquirirá la posesión de los artículos DME rentados sin importar cuántos copagos haya hecho por dicho artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas le transferiremos a usted la posesión del artículo DME. Llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar sobre los requisitos que usted debe cumplir y la documentación que necesita proporcionar.

¿Qué le pasa a los pagos que usted hizo para equipo médico durable si cambia a Original Medicare?

Si usted no adquirió la posesión del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poseer el artículo. Los pagos que usted hizo mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si usted hizo menos de 13 pagos para el artículo DME bajo Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de que regrese a Original Medicare con el fin de poseer el artículo. No hay ninguna excepción para este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces mientras esté inscrito, CHRISTUS Health Plan Generations cubrirá:

- La renta del equipo de oxígeno
- La entrega del oxígeno y contenidos de oxígeno
- La tubería y los accesorios de oxígeno relacionados para la entrega del oxígeno y contenidos de oxígeno
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

Si usted deja CHRISTUS Health Plan Generations o si ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces este se deberá devolver al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su participación en los costos? ¿Esto cambiará después de 36 meses?

Su participación en los costos de la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coaseguro cada mes.

Si antes de inscribirse a CHRISTUS Health Plan Generations usted ya había hecho el pago de la renta durante 36 meses para la cobertura de equipo de oxígeno, su participación en los costos en CHRISTUS Health Plan Generations es del 20% de coaseguro.

Sección 8.3 ¿Qué pasa si usted decide dejar su plan y regresar a Original Medicare?

Si usted regresa a Original Medicare, entonces empezará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted había pagado rentas para equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a CHRISTUS Health Plan Generations, se unió a CHRISTUS

Health Plan Generations durante 12 meses y después regresó a Original Medicare, entonces pagará la participación en el costo total para la cobertura de equipo de oxígeno.

De manera similar, si usted hizo pagos durante 36 meses mientras estuvo inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations y después regresó a Original Medicare, pagará la participación en los costos totales de la cobertura de equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos 57

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar para sus servicios cubiertos 57

Sección 1.2 ¿Cuál es lo máximo que usted pagará para servicios médicos cubiertos? 57

Sección 1.3 Nuestro plan no le permite a los proveedores "facturar saldos" a usted 58

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará 59

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 59

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no se cubren en el plan? 104

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos(exclusiones) 104

Con el fin de obtener información sobre el COVID-19 o cualquier emergencia médica pública, visite nuestro sitio web en https://www.christushealthplan.org/about-us/covid-19 . Usted también puede llamar a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

Éste capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y en lo que usted paga para sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará para cada servicio cubierto como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations. Más adelante en este capítulo, usted podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no se cubren. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar para sus servicios cubiertos

Con el fin de entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar para sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted hace un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le dice más sobre sus copagos).
- El **"coaseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 le dice más sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare Calificado (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coaseguros. Asegúrese de mostrar su comprobante de Medicaid o su elegibilidad de QMB a su proveedor, si corresponde. Si usted piensa que le están pidiendo que pague de manera indebida, contacte a Servicios a Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es lo máximo que usted pagará para servicios médicos cubiertos?

Dado que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar del bolsillo cada año para los servicios médicos dentro de la red que cubre nuestro plan (vea la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama cantidad máxima de gastos de bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, lo máximo que tendrá que pagar del bolsillo para servicios cubiertos dentro de la red en 2021 será $4,900. Las cantidades que usted paga de deducibles, copagos y coaseguros para servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. (Las cantidades que usted paga de primas de su plan

y para sus medicamentos recetados de la parte D no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que usted paga para algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de $4,900, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año para servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos de que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero para usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no le permite a los proveedores “facturar saldos” a usted

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad de su participación en los costos cuando obtenga servicios que cubre nuestro plan. No le permitimos a los proveedores sumar cargos adicionales por separado, lo que se llama “facturación de r saldos”. Esta protección (para que usted nunca pague más de la cantidad de su participación en los costos) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos al proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera:

- Si su participación en el costo es un copago (una cantidad fija en dólares; por ejemplo, $15.00), entonces usted solo paga esa cantidad para cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su participación en el costo es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que usted vea:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted solo paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una remisión).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participe con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha “facturado un saldo”, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre CHRISTUS Health Plan Generations y lo que usted paga del bolsillo para cada servicio. Los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se cumplen con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos a través de Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las guías de cobertura que establece Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares de la práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren *solo* si su médico u otro proveedor de la red recibe una aprobación previa (a veces se llama "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en negritas en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que se deben saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes médicos de Medicare, nosotros 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 usted quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual *Medicare y Usted 2021*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que se cubren sin ningún costo en Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si a usted también le tratan o monitorean por una condición médica existente durante la consulta cuando reciba el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención que reciba para la condición médica existente.
- En ocasiones, Medicare agrega cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2021, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Usted verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección de una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para este de su médico, asistente médico, enfermero(a) especializado(a) o especialista en enfermería clínica.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por estos exámenes de detección preventivos.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días tienen cobertura para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene causas sistémicas identificables (es decir, no se asocia con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no se asocia con cirugía; y • no se asocia con embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe descontinuar si el paciente no mejora o muestra regresión.	***Se puede requerir autorización.** $25 de copago por consulta de acupuntura con cobertura de Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura de rutina (sin cobertura de Medicare) y otras terapias alternativas	$45 de copago hasta por 4 consultas al año para terapias de masaje y acupuntura. El beneficio de 4 consultas está disponible a través de CHRISTUS St. Vincent Holstic Health & Wellness Center con un copago de $0. Con el fin de obtener más información, visite www.christushealth.org/st-vincent/locations-directions/holistic-health-and-wellness **Se requiere autorización para acupuntura y otras terapias alternativas**
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y terrestre hacia el centro apropiado más cercano que le pueda brindar atención si se proporcionan a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	***Se requiere autorización para servicios que cubre Medicare que no sean de emergencia y servicios de ambulancia aérea.** $200 de copago por viaje para beneficios de ambulancia que cubre Medicare. Se renuncia al copago si se le interna.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta de bienestar anual no puede ocurrir dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, usted no necesita haber tenido una consulta de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura para sus consultas de bienestar anuales después de que haya tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta de bienestar anual.
Medición de masa ósea Para las personas que califiquen (por lo general, esto significa las personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea que cubre Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad en adelante • Un examen clínico de mamas cada 24 meses	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardiaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicio, educación y asesoría tienen cobertura para miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardiaca intensiva que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	***Se puede requerir autorización.** $40 de copago por consulta de rehabilitación cardiaca que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Nosotros cubrimos una consulta con su proveedor de atención primaria por año para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular en terapia conductual intensiva.
Pruebas para enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si usted está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos que cubre Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación • Quiropráctica de rutina, limitada a 36 consultas al año.	***Se puede requerir autorización.** $20 de copago para consultas que cubre Medicare. $20 de copago por consulta quiropráctica de rutina.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguiente se cubre para personas de 50 años de edad en adelante: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Una opción de las siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces con base de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal con base de ADN cada 3 años Para las personas en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para examen de detección de cáncer colorrectal que cubre Medicare. $0 de copago para enema de bario.
Servicios dentales En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales). Nosotros cubrimos: Servicios dentales que cubre Medicare – Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, extracción de obturaciones ni reemplazo de dientes).	$25 de copago por servicio que cubre Medicare.
Servicios dentales preventivos • Exámenes orales: 1 consulta para examen oral cada año • Profilaxis: 1 consulta para una limpieza dental cada 6 meses • Tratamiento con flúor: 1 consulta para tratamiento con flúor cada 6 meses • Rayos X: Una vez cada 2 años	$5 de copago por servicio preventivo.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección se debe realizar en un ambiente de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para una consulta de examen de detección de depresión anual.
Examen de detección de diabetes Nosotros cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión sanguínea alta (hipertensión), historial de niveles de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) anormales, obesidad o historial de azúcar alto en sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso e historial familiar de diabetes. Con base en los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes que cubre Medicare.
Capacitación para el automanejo de diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	
• Suministros para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, así como soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores.	$0 de copago para suministros de monitoreo de diabetes que cubre Medicare. Los suministros y servicios para diabéticos se limitan a aquellos de los fabricantes especificados.
• Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluye plantillas provistas con estos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye plantillas removibles no personalizadas provistas con estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	$0 de copago para zapatos terapéuticos o plantillas que cubre Medicare.
• La capacitación para el automanejo de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.	$0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes o

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación)	servicios para diabéticos que cubre Medicare. **Se requiere autorización para zapatos y plantillas para diabéticos que cubre Medicare.**
Equipo médico durable (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de "equipo médico durable", vea el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que ordena un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de *Evidencia de Cobertura*, le enviamos la lista de DME de CHRISTUS Health Plan Generations. La lista le dice las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista de marcas, fabricantes y proveedores más reciente también está disponible en nuestro sitio web: www.christushealthplan.org. Por lo general, CHRISTUS Health Plan Generations cubre cualquier DME que cubre Original Medicare de las marcas y los fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CHRISTUS Health Plan Generations y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, nosotros continuaremos cubriendo esta marca hasta durante 90 días. Durante este periodo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este periodo de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le remita para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión sobre cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Con el fin de obtener más información sobre apelaciones, vea el Capítulo 9, *Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)*).	***Se puede requerir autorización para equipo médico durable que cubre Medicare** 20% del costo de DME que cubre Medicare. Los suministros y servicios para diabéticos se limitan a aquellos de los fabricantes especificados.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Presta un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que esté empeorando con rapidez. La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red es la misma que para los servicios que se prestan dentro de la red. La atención de emergencia se cubre en todo el mundo. El transporte de emergencia se cubre en todo el mundo.	$65 de copago para consultas en la sala de emergencias que cubre Medicare. Si se le interna dentro de 24 horas por la misma condición, usted paga $0 de copago por la consulta en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe recibir su atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red que autorice el plan y su costo es*:* la participación en el costo más alto que usted pagaría en un hospital dentro de la red. $65 de copago para consultas en la sala de emergencias que cubre Medicare. $200 de copago por viaje. Se renuncia al copago si se le interna.
Programas de educación sobre salud y bienestar Recordatorios de salud preventiva enfocados en condiciones como presión sanguínea alta, colesterol, asma y dietas especiales, manejo de peso, acondicionamiento físico y manejo de estrés. El beneficio de dejar fumar y de usar tabaco le permite al miembro recibir servicios de asesoría ilimitados para dejar de fumar y de usar tabaco. Este servicio se cubre por medio de una remisión del médico del miembro. **Beneficio de acondicionamiento físico (fitness)** Este beneficio brinda acceso al centro de acondicionamiento físico de nuestra área de servicio. Nuestra misión es brindar un centro de salud y acondicionamiento físico.	$0 de copago para programas de educación sobre salud y bienestar.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) Diseñados para educar a nuestra comunidad sobre la importancia del acondicionamiento físico. Al facilitar un equipo de profesionales en fitness y médicos, así como una programación innovadora, nuestro objetivo es guiar a las personas hacia una mejor calidad de vida.	$20 de bonificación mensual para un beneficio de acondicionamiento físico; se reembolsa en forma trimestral.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibro que realiza su PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención médica para pacientes ambulatorios cuando los proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Examen de audición de rutina: 1 examen cada año Auxiliares auditivos: El miembro debe comprar productos de auxiliares auditivos seleccionados del fabricante seleccionado de Amplifon.	$25 de copago para servicios de audición que cubre Medicare por examen. $35 de copago por examen auditivo de rutina. $395, $495 o $695 de copago para auxiliares auditivos. El copago se basa en el fabricante, el producto y el estilo que se compre. No se cubre fuera de la red.
Examen de detección de VIH Para las personas que soliciten una prueba de detección de VIH o para quienes estén en un mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para exámenes de detección de VIH preventivos que cubre Medicare.
Comidas entregadas a domicilio Los miembros son elegibles para recibir comidas entregadas a domicilio después de que se les dé de alta de una condición aguda, ya sea de una estancia en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El centro de atención del servicio de comidas llamará al miembro dado de alta para confirmar que el miembro quiere recibir las comidas.	$0 de copago para hasta 14 comidas entregadas a domicilio durante hasta 7 días.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención médica de agencia a domicilio Antes de recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y ordenará que los servicios médicos a domicilio se presten a través de una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios que se cubren incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de enfermería especializada y de auxiliar médico a domicilio de medio tiempo o intermitentes (a fin de que se cubran bajo el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar médico a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	***Se requiere autorización para los servicios médicos a domicilio que cubre Medicare.** No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para agencia de atención médica a domicilio que cubre Medicare.
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios que se cubren incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, que se proporcionan de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que de otro modo no se cubre bajo el beneficio de equipo médico durable • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la administración de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio que proporciona un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	20% del costo para terapia de infusión a domicilio que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en hospicio Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio que certifica Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad se desarrolla con normalidad. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para control de síntomas y alivio de dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención a domicilio Para los servicios de hospicio y para los servicios que cubre la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Para los servicios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni urgentes necesarios que se cubren bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usted usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de la participación en el costo del plan para los servicios dentro de la red • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la participación en el costo bajo la tarifa por servicio de Medicare (Fee-for-Service Medicare) (Original Medicare) Para los servicios que cubre CHRISTUS Health Plan Generations pero que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare: CHRISTUS Health Plan Generations continuará cubriendo los servicios que cubre el plan que no cubre la Parte A ni la Parte B ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de su participación en el costo de su plan para estos servicios. Para medicamentos que puede cubrir el beneficio de la Parte D del plan: El hospicio y nuestro plan nunca cubren medicamentos	***Se requiere autorización para servicios de hospicio que cubre Medicare.** Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio que certifica Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, , no CHRISTUS Health Plan Generation. No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para servicios de consulta de hospicio

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de hospicio (continuación) al mismo tiempo. Con el fin de obtener más información, por favor vea el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué pasa si usted está en un hospicio que certifica Medicare*). **Nota:** Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe contactarnos para arreglar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios que cubre la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra neumonía • Vacunas contra gripe, una cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si usted está en riesgo y se cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para vacunas contra neumonía, influenza y hepatitis B.
Atención para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que a usted se le interna de manera formal en el hospital con una orden del médico. El día antes de que a usted se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: • Una habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de atención especial (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios	***Se requiere autorización para los servicios para pacientes hospitalizados que cubre Medicare.** Para estancias en el hospital que cubre Medicare: Días 1 a 6: $295 de copago por día Días 7 a 90: $0 de copago por día Límite de 90 días con 60 días de reserva adicionales Si usted obtiene atención para paciente hospitalizado autorizada en un hospital fuera de la red después de que su

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso se revise en un centro de trasplantes que apruebe Medicare y que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede optar por elegir uno local siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si CHRISTUS Health Plan Generations proporciona servicios de trasplantes en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en ese lugar distante, nosotros haremos los arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con el cuarto medio litro de sangre que usted necesite - usted debe ya sea pagar los costos de los primeros tres medios litros de sangre que reciba en un año calendario o bien donar sangre usted mismo o que la done otra persona. Todos los demás componentes de sangre se cubren al comenzar con el primer medio litro que se use. • Servicios de médicos **Nota:** Con el fin de que se le interne en el hospital, su proveedor debe emitir una orden para que a usted se le interne de manera formal como paciente hospitalizado. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. • Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio?	condición de emergencia se estabilice, su costo es la participación en el costo más alto que pagaría en un hospital de la red. Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al Plan que a usted se le va a internar en el hospital

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) Si usted tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-are-you-an-inpatient-or-outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY llame al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieran una estancia en el hospital. Nuestro plan cubre 190 días de atención de salud mental en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general. Nuestro plan también cubre 90 días de estancia de pacientes hospitalizados. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estancia en el hospital es de más de 90 días, usted puede usar estos días extra. Una vez que usted haya agotado estos 60 días, su cobertura para paciente hospitalizado se limitará a 90 días.	***Se requiere autorización para servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados que cubre Medicare .** Para estancias que cubre Medicare: Días 1 a 5: $275 de copago por día Días 6 a 90: $0 de copago por día Límite de 90 días con 60 días de reserva adicionales Excepto en una emergencia, su médico debe decirle al Plan que a usted se le va a internar en el hospital. **Si usted obtiene atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilice, su costo es la participación en el costo que pagaría en un hospital de la red.** Se cobra un copago por cada estancia de paciente hospitalizado.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estancia de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF (centro de enfermería especializada) durante una estancia de paciente hospitalizado que no se cubre Si usted ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estancia de paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia de paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios que se cubren incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	***Se requiere autorización para servicios de un centro de enfermería especializada que cubre Medicare.** Usted es responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no sean médicamente necesarios o si usted excede cualquiera de los límites de los beneficios aplicables.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo haya ordenado su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoría personalizada durante su primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare), y dos horas cada año después de esto. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes médicos de Medicare. El MDPP es una intervención de cambio de comportamiento de salud estructurada que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos se cubren bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que por lo general no se autoadministra el paciente y que se inyectan o infunden mientras obtiene servicios de médicos, para pacientes ambulatorios en el hospital o en un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que usted toma al usar equipo médico durable (como nebulizadores) que se han autorizado bajo el plan • Los factores de coagulación que usted mismo se proporciona por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Los medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relacionó con osteoporosis postmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis a domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.	***Se puede requerir autorización para los medicamentos recetados de la Parte B que cubre Medicare.** 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que usted debe seguir para que se cubran las recetas. Lo que usted paga para los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Examen de detección y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso constante Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoría intensiva para ayudarle a perder peso. Esta asesoría se cubre si usted la obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para averiguar más.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para exámenes de detección preventivos y terapia de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los servicios de tratamiento del trastorno por uso de opioides se cubren bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides que aprueba la FDA y la entrega y administración de dichos medicamentos, si procede • Asesoría sobre uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	***Se puede requerir autorización.** $25 de copago por servicio que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, así como servicios y suministros terapéuticos Los servicios que se cubren incluyen, pero no se limitan a:	***Se puede requerir autorización.**
• Rayos X	20% del costo para rayos X que cubre Medicare.
• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico	20% del costo para radiología terapéutica que cubre Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, CT, PET)	$150 de copago para radiología de diagnóstico que cubre Medicare
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones	20% del costo para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos que cubre Medicare.
• Pruebas de laboratorio	Los análisis de sangre de rutina son con 0% de coaseguro. Todos los demás estudios de laboratorio para pacientes ambulatorios son con 20% de coaseguro.
• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con el cuarto medio litro de sangre que usted necesite - usted debe pagar los costos de los primeros tres medios litros de sangre que reciba en un año calendario o bien donar sangre usted mismo o que la done otra persona. Todos los demás componentes de sangre se cubren al comenzar con el primer medio litro que se use.	$150 de copago para servicios de sangre que cubre Medicare.
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	$150 de copago para procedimientos y pruebas de diagnóstico no radiológicas que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios en el hospital que se prestan para determinar si usted necesita que le internen como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Con el fin de que se cubran los servicios de observación para pacientes ambulatorios en el hospital, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se proporcionan por medio de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para internar pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para internarle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de la participación en el costo para servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le podría considerar como "paciente ambulatorio". Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-are-you-an-inpatient-or-outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	***Se puede requerir autorización.** $325 de copago para servicios de observación en hospital ambulatoria que cubre Medicare.
Servicios de hospital ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento ambulatorio de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios que se cubren incluyen, pero no se limitan a: • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o de cirugía ambulatoria	***Se puede requerir autorización.** $325 de copago para Servicios de hospital y observación para pacientes ambulatorias que cubre Medicare; $175 de copago para cirugía ambulatoria que cubre Medicare; $65 de copago para servicios del departamento de emergencias que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de hospital ambulatorios (continuación)	
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que facture el hospital	$0 para pruebas de laboratorio que cubre Medicare. $150 de copago para procedimientos y/o pruebas de diagnóstico no radiológicos para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.
• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento para paciente hospitalizado sin esta	$55 de copago para servicios de hospitalización parcial que cubre Medicare; $10 de copago para servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.
• Rayos X y otros servicios de radiología que facture el hospital	20% del costo para rayos X que cubre Medicare. $150 de copago para radiología de diagnóstico que cubre Medicare (MRI, CT, PET). 20% del costo para radiología terapéutica que cubre Medicare.
• Suministros médicos como férulas y yesos	20% del costo para suministros, exámenes de detección y servicios preventivos que cubre Medicare.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda autoadministrarse	20% del costo para medicamentos de la Parte B que cubre Medicare.
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para internarle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de la participación en el costo para servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le podría considerar como “paciente ambulatorio”. Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de hospital ambulatorios (continuación) Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la Web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdfo al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental que proporcione un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un profesional de enfermería, un asistente médico u otro profesional en atención de salud mental que califique Medicare según lo permitido bajo las leyes estatales aplicables.	$10 de copago para servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios entornos de pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, oficinas de terapeutas independientes y centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios integrales (CORF).	***Se puede requerir autorización.** $40 de copago para servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios ambulatorios no residenciales que se prestan para el tratamiento de dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de farmacoterapias. Esto incluye servicios intensivos para pacientes ambulatorios (atención durante todo el día para varios días), así como asesoría tradicional (una o unas cuantas horas al día, por lo general semanal o quincenal).	***Se requiere autorización para servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.** $10 de copago para servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria. **Nota:** Si usted va a tener una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para que le internen como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de la participación en los costos por la cirugía para paciente ambulatorio. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le podría considerar como "paciente ambulatorio".	***Se requiere autorización para servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que cubre Medicare.** $175 de copago por servicios para pacientes ambulatorios que cubre Medicare en centros de cirugía ambulatoria. $325 de copago por servicios para pacientes ambulatorios que cubre Medicare en instalaciones de hospital.
Beneficio de productos de venta libre (OTC) Esto incluye medicamentos de venta libre del Catálogo de Convey 2021 sin receta. Vea el Capítulo 6, Sección 8, para obtener más información. **NOTA: La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) no está incluida en este beneficio.**	Reembolso de hasta $50 cada tres meses por medicamentos de venta libre. Usted puede hacer un pedido por teléfono al 1-877-906-0738 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m. hora estándar del Este (EST), o en línea en ChristusHealthPlanOTC.com.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio para pacientes ambulatorios en el hospital o en un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de pacientes. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental de la comunidad en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio para pacientes ambulatorios en el hospital.	**Se requiere autorización para servicios de hospitalización parcial que cubre Medicare.** $55 de copago para servicios de hospitalización parcial que cubre Medicare.
Servicios de médicos y/o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que se proporcionen en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios en un hospital o cualquier otra ubicación	$0 de copago para consultas de atención primaria que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos y/o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio que realice su PCP o especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, que incluyen: PCP para diagnosticar enfermedad o lesión y llevar a cabo revisiones de bienestar. o Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telemedicina. Si usted decide obtener uno de estos servicios por telemedicina, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telemedicina. o Los servicios de telemedicina están disponibles por teléfono o videollamadas. • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat con video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o Usted no es un nuevo paciente **y** o La revisión no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La revisión no conlleva a una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible. • Evaluación del video y/o las imágenes que usted envíe a su médico, así como interpretación y seguimiento de su médico dentro de 24 horas si: o Usted no es un nuevo paciente **y** o La evaluación no se relaciona con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no conlleva a una consulta en el consultorio dentro de 24 horas o a una cita disponible lo antes posible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono o por Internet, o expediente médico electrónico **si** usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	$25 de copago por cada consulta con especialista que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de médicos y/o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación) • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que se cubrirían cuando los proporcione un médico)	$25 de copago por cada consulta dental no rutinaria que cubre Medicare.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$25 de copago para servicios de podología que cubre Medicare. $0 de copago para atención de los pies de rutina que cubre Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años de edad o mayores, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Prótesis y accesorios relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen de manera total o parcial una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros que se relacionen de manera directa con atención para colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos para prótesis, extremidades artificiales y prótesis mamarias (que incluye brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos prostéticos, así como reparación y/o reemplazo de dispositivos prostéticos. También incluye cierta cobertura después de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas - vea "Atención de la visión" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	***Se puede requerir autorización.** 20% del costo para dispositivos prostéticos y suministros relacionados que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas de rehabilitación pulmonar integrales se cubren para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trate la enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida) de servicios de rehabilitación pulmonar.	$30 de copago para cada servicio de rehabilitación pulmonar que cubre Medicare. **Es posible que se requiera autorización para servicios de rehabilitación pulmonar que cubre Medicare.**
Exámenes de detección y asesoría para reducir el mal uso de alcohol. Cubrimos un examen de detección de mal uso de alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que hacen mal uso del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si su resultado es positivo para mal uso de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones de asesoría individual breve por año (si usted está apto y alerta durante la asesoría) que brinde un médico de atención primaria o un profesional calificado en un centro de atención primaria.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para exámenes de detección y asesoría que cubra Medicare para el beneficio preventivo para reducir el mal uso del alcohol.
Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de consumo de tabaco de al menos 30 cajetillas-años y que en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una asesoría para examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta para toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que se proporcione a través de un médico o un profesional no médico calificado. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección inicial con LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar una	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para la asesoría y la consulta para toma de decisiones compartida o para la LDCT que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación) asesoría para exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	
Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección se cubren para mujeres embarazadas y ciertas personas que están en un mayor riesgo de una ITS cuando un proveedor de atención primaria ordena los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría sobre comportamiento de alta intensidad individual de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual (STI). Solo cubriremos estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para exámenes de detección de ITS y asesoría para el beneficio preventivo de ITS que cubre Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, conforme se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si a usted se le interna como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial) • Capacitación sobre autoadministración de diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, cuando sea necesario (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar su	***Se requiere autorización para servicios de enfermedades renales que cubre Medicare.** $0 de copago para servicios de educación sobre enfermedades renales que cubre Medicare, incluida la terapia de nutrición para enfermedades renales en etapa terminal. 20% de coaseguro para servicios de diálisis renal que cubre Medicare.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) diálisis en casa, para ayudar en emergencias y revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis se cubren bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Con el fin de obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, por favor vaya a la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de "atención en centro de enfermería especializada", vea el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se llaman "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: • Una habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran a usted como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con el cuarto medio litro de sangre que usted necesite - usted debe ya sea pagar los costos de los primeros tres medios litros de sangre que reciba en un año calendario o bien donar sangre usted mismo o que la done otra persona. Todos los demás componentes de sangre se cubren al comenzar con el primer medio litro que se use. • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionen de manera normal los SNF • Pruebas de laboratorio que proporcionen de manera normal los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que presten de manera normal los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que proporcionen de manera normal los SNF • Servicios de médicos y/o profesionales Por lo general, usted obtendrá su atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar la participación en los costos dentro de la red para un centro que no sea un	***Se requiere autorización para servicios de un centro de enfermería especializada que cubre Medicare.** Para estancias estancias que cubra Medicare: Días 1 a 20: $0 de copago por internación Días 21 a 100: $167,50 de copago por día El plan cubre hasta 100 días en el SNF por periodo de beneficios.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de nuestro plan para el pago. • Un asilo de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde usted haya vivido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en centros de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge viva en el momento en que usted deje el hospital	
Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoría para dejar de fumar o de usar tabaco) Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin ningún costo para usted. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro consultas individuales. Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que se puede ver afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoría dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará la participación en el costo aplicable. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro consultas individuales.	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco que cubre Medicare.
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La SET se cubre para miembros que tengan enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y se cubre una remisión para PAD del médico responsable de su tratamiento. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un centro para pacientes ambulatorios de hospital o en el consultorio de un médico • Impartirlo personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD	**Se requiere autorización para terapia de ejercicios supervisados que cubre Medicare.** $10 de copago por cada servicio de SET que cubre Medicare

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un profesional de enfermería especializada y/o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de apoyo de vida tanto básicas como avanzadas. La SET se puede cubrir en más de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un periodo de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Transporte El transporte incluye los siguientes medios de transporte: taxi, servicios de viaje compartido, autobús, metro, camioneta, transporte médico.	**Se requiere autorización para servicios de transporte.** $0 por viaje de ida a ubicaciones que apruebe el plan, hasta 12 viajes de ida por año.
Servicios urgentes necesarios n Se prestan servicios urgentes necesarios para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios urgentes necesarios se pueden prestar a través de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos en forma temporal. La participación en los costos para servicios urgentes necesarios que se prestan fuera de la red es la misma que para servicios que se prestan dentro de la red. La atención urgente se cubre en todo el mundo.	$55 de copago para consultas de atención urgente necesaria que cubre Medicare. $65 de copago para consultas de atención urgente necesaria (en todo el mundo).
Atención para la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos y/o lentes de contacto • Para personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas en alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que	$25 de copago para exámenes de la vista que cubre Medicare. $35 de copago para exámenes de detección de glaucoma.

Los servicios que tienen cobertura para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención para la visión (continuación) tienen 50 años de edad o más e hispanos estadounidenses de 65 años de edad o más • Para personas con diabetes, los exámenes de detección de retinopatía diabética se cubren una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya inserción de un lente intraocular (Si usted tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Examen de la vista de rutina, limitado a uno por año • Anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto	$25 de copago para exámenes de detección de retinopatía diabética. $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar que cubre Medicare después de una cirugía de cataratas. $0 de copago para examen de la vista de rutina. $100 de bonificación por año para un par de anteojos (armazones y lentes) o lentes de contacto.
Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), así como remisiones para otra atención si se necesita. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando usted haga su cita, avísele al consultorio de su médico que a usted le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No hay ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".

Tabla de Procedimientos de Beneficios Dentales de Rutina

	SOLO PROVEEDORES PARTICIPANTES El reembolso se basa en la Bonificación Máxima del Plan para Proveedores Participantes.
Deducible anual Por Miembro	**Sin deducible**
Máximo anual	**Ilimitado**

Copagos de miembros			
Categoría de servicio dental	**Delta Dental** **Dentista de Medicare**	**Delta Dental** **PPO o Dentista Premier**	**Dentistas que no son de Dental Dentist**
Bonificación Máxima de Contrato	**Tarifas de PPO personalizadas**	**No se cubre**	**No se cubre**
Diagnóstico y preventivo	100% menos $5 de copago**	No se cubre	No se cubre
Selladores	100% menos $5 de copago**	No se cubre	No se cubre
Espaciadores	100% menos $5 de copago**	No se cubre	No se cubre
Restaurativo básico y mayor	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Cirugía oral	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Endodoncia	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Periodoncia quirúrgica	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Prostodoncia - fija y removible, implantes	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Reparación y revestimiento de dentadura	No se cubre	No se cubre	No se cubre
Ortodoncia	No se cubre	No se cubre	No se cubre
TMJ	No se cubre	No se cubre	No se cubre

***Los copagos son por procedimiento; Cobertura de procedimientos de D&P y Perio no quirúrgicos actuales solicitada, sujeto a cumplimiento con CDT*

CÓMO SELECCIONAR A SU PROVEEDOR

Usted <u>solo</u> puede recibir beneficios para servicios cubiertos que proporcione un Proveedor Participante de Delta Dental Medicare Advantage. Con el fin de recibir Beneficios bajo este Plan, la atención dental que usted reciba debe ser un servicio cubierto y lo debe proporcionar un Proveedor Participante. El Plan no paga Beneficios para atención dental que no sea un servicio cubierto y para tener derecho a Beneficios para servicios cubiertos los debe proporcionar un Proveedor Participante, a menos que los servicios se presten en una emergencia. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un Proveedor Participante en este Plan dental antes de cada cita. Revise la sección titulada "Cómo se pagan las reclamaciones" para obtener una explicación de los procedimientos de pago para entender el método de pagos aplicable a su selección de Proveedor Participante.

Cómo localizar a un Proveedor Participante de Delta Dental Medicare Advantage

Existen dos maneras en las que puede localizar a un Proveedor Participante de Medicare Advantage cerca de usted:

- Usted puede acceder a la información a través de nuestro sitio web en deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage. Este sitio web incluye una función de búsqueda de Proveedores que le permite localizar a Proveedores Participantes por ubicación y especialidad; o
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al número gratuito (888) 818-7929 y un representante le asistirá. Delta Dental le puede proporcionar información sobre la especialidad y la ubicación del consultorio de un Proveedor Participante de Delta Dental.

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

Pago por servicios — Proveedor participante

Seleccionar a un Proveedor Participante le permite al Miembro obtener Beneficios para servicios cubiertos que se le presten. El pago a un Proveedor Participante se calcula con base en la Bonificación Máxima del Plan. Los Proveedores Participantes acuerdan aceptar la Bonificación Máxima del Plan de Delta Dental como pago total de los servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de cualquier participación en el costo aplicable para el servicio cubierto.

La porción de la Bonificación Máxima del Plan que debe pagar el Plan se limita al Nivel de Beneficio del Plan aplicable que se muestra en la Tabla de Procedimientos de Beneficios Dentales de Rutina. El pago del Plan se envía directamente al Proveedor Participante que presentó la reclamación. Delta Dental le avisará sobre cualquier cargo que no debe pagar el Plan y del que usted es responsable. Estos cargos de la participación en los costos por lo general son su participación de la Bonificación Máxima del Plan (coaseguro), así como cualquier deducible, cargos en los que se haya excedido la Cantidad Máxima y/o cargos por servicios que no se cubren.

SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D0120	evaluación oral periódica - paciente establecido	$5.00
D0140	evaluación oral limitada - enfocada en el problema	$5.00
D0150	evaluación oral integral - paciente nuevo o establecido	$5.00
D0180	evaluación periodontal integral - paciente nuevo o establecido	$5.00
D0210	intraoral - serie completa de imágenes radiográficas	$5.00
D0220	intraoral - primera imagen radiográfica periapical	$5.00
D0230	intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional	$5.00
D0240	intraoral - imagen radiográfica oclusal	$5.00
D0270	interproximal - imagen radiográfica única	$5.00
D0272	interproximal - dos imágenes radiográficas	$5.00
D1208	aplicación tópica de flúor - excluye barniz	$5.00
D1351	sellador - por diente	$5.00
D1352	La restauración de resina preventiva es una modalidad para pacientes con alto riesgo de caries, soporte de conservación de diente permanente de una lesión cavitada activa en una fosa o fisura que no se extiende hasta la dentina: incluye colocación de un sellador en una fisura o fosa no cariosa radiante.	$5.00
D1510	espaciador fijo - unilateral	$5.00
D1515	espaciador fijo - bilateral	$5.00
D1520	espaciador removible - unilateral	$5.00
D1525	espaciador removible - bilateral	$5.00
D1550	espaciador de re-cementación o re-empaste	$5.00
D9110	tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental - procedimiento menor	$5.00
D1110	profilaxis - adulto	$5.00
D1120	profilaxis - niño	$5.00
D0277	interproximal vertical - 7 a 8 películas	$5.00
D0330	imagen radiográfica panorámica	$5.00
D0340	imagen radiográfica cefalométrica	$5.00
D0350	imagen fotográfica oral/facial en 2D obtenida en forma intraoral o extraoral	$5.00
D0391	Interpretación de imagen de diagnóstico de un profesional no asociado con la captura de la imagen, incluye reporte	$5.00
D0470	yesos de diagnóstico	$5.00
D1206	aplicación tópica de barniz de flúor	$5.00

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D2140	amalgama - una superficie, primaria o permanente	No se cubre
D2150	amalgama - dos superficies, primaria o permanente	No se cubre
D2160	amalgama - tres superficies, primaria o permanente	No se cubre
D2161	amalgama - cuatro o más superficies, primaria o permanente	No se cubre
D2330	compuesto a base de resina - una superficie, anterior	No se cubre
D2331	compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	No se cubre
D2332	compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	No se cubre
D2335	compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior)	No se cubre
D2390	corona compuesta a base de resina, anterior	No se cubre
D2391	compuesto a base de resina - una superficie, posterior	No se cubre
D2392	compuesto a base de resina - dos superficies, posterior	No se cubre
D2393	compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	No se cubre
D2394	compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	No se cubre
D2510	incrustación - metálica - 1 superficie	No se cubre
D2520	incrustación - metálica - 2 superficies	No se cubre
D2530	incrustación - metálica - 3 o más superficies	No se cubre
D2542	recubrimiento - metálico - dos superficies	No se cubre
D2543	recubrimiento - metálico - 3 superficies	No se cubre
D2543	recubrimiento - metálico - 3 superficies	No se cubre
D2544	recubrimiento - metálico - 4 o más superficies	No se cubre
D2740	corona - porcelana/cerámica	No se cubre
D2750	corona - porcelana fundida con metal altamente noble	No se cubre
D2751	corona - porcelana fundida con metal base predominante	No se cubre
D2752	corona - porcelana fundida con metal noble	No se cubre
D2780	corona - ¾ fundido con metal altamente noble	No se cubre
D2781	corona - ¾ fundido con metal base predominante	No se cubre
D2783	corona - ¾ porcelana/cerámica	No se cubre
D2790	corona - metal altamente noble fundido completo	No se cubre
D2791	corona - metal base predominante fundido completo	No se cubre
D2792	corona - metal noble fundido completo	No se cubre
D2794	corona - titanio	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D2910	re-cementación o re-empaste de incrustación, recubrimiento, carilla o restauración de cobertura parcial	No se cubre
D2920	re-cementación o re-empaste de corona	No se cubre
D2929	corona de porcelana/cerámica prefabricada – diente primario	No se cubre
D2930	corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario	No se cubre
D2931	corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente	No se cubre
D2940	restauración protectora	No se cubre
D2950	reconstrucción de muñón, incluido cualquier perno cuando se requiera	No se cubre
D2951	retención con perno - por diente, además de la restauración	No se cubre
D2954	perno prefabricado y muñón además de la corona	No se cubre
D2980	reparación de corona, por reporte	No se cubre
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	No se cubre
D2982	Reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración	No se cubre
D2983	Reparación de carilla necesaria por falla del material de restauración	No se cubre
D2990	Infiltración de resina en lesiones de superficie lisa incipientes	No se cubre
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final) - extracción de pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	No se cubre
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíz incompleto	No se cubre
D3230	terapia pulpar (obturación reabsorbible) - diente anterior primario (excluye restauración final)	No se cubre
D3240	terapia pulpar (obturación reabsorbible) - diente posterior primario (excluye restauración final)	No se cubre
D3310	terapia endodóntica, diente anterior (excluye restauración final)	No se cubre
D3320	terapia endodóntica, premolar (excluye restauración final)	No se cubre
D3330	terapia endodóntica, molar (excluye restauración final)	No se cubre
D3346	repetición de terapia de canal de raíz previa - anterior	No se cubre
D3347	repetición de terapia de canal de raíz previa - premolar	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D3348	repetición de terapia de canal de raíz previa - molar	No se cubre
D3351	apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/reparación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	No se cubre
D3352	apexificación/recalcificación - reemplazo de medicación provisional	No se cubre
D3353	apexificación/recalcificación - consulta final (incluye terapia completa de canal de raíz - cierre apical/reparación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	No se cubre
D3354	La regeneración pulpar incluye tratamiento regenerativo completo de un diente permanente inmaduro con una pulpa necrótica. Incluye suspensión de medicación intracanal y procedimientos necesarios para regenerar el desarrollo de raíces continuo y rayos X necesarios.	No se cubre
D3410	apicectomía - anterior	No se cubre
D3421	apicectomía - premolar (primera raíz)	No se cubre
D3425	apicectomía - molar (primera raíz)	No se cubre
D3426	apicectomía (cada raíz adicional)	No se cubre
D3450	amputación de raíz - por raíz	No se cubre
D3920	hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye la terapia de canal de raíz	No se cubre
D4210	gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios intradentales delimitados por cuadrante	No se cubre
D4211	gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes contiguos o espacios intradentales delimitados por cuadrante	No se cubre
D4212	gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para el procedimiento de restauración, por diente	No se cubre
D4240	procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado de raíz - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales delimitados por cuadrante	No se cubre
D4249	alargamiento clínico de corona - tejido duro	No se cubre
D4260	cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales delimitados por cuadrante	No se cubre
D4270	procedimiento de injerto de tejido blando de pedículo	No se cubre
D4273	procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial	No se cubre
D4277	procedimiento libre de injerto de tejido blando (incluye cirugía en el lugar del donante), posición de primer diente o diente edéntulo en injerto	No se cubre
D4278	procedimiento libre de injerto de tejido blando (incluye cirugía en el sitio del donante), cada diente contiguo adicional o posición del diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D4283	procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios quirúrgicos del donante y del receptor) - cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	No se cubre
D4285	procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante) - cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	No se cubre
D4341	raspado periodontal y alisado de raíz - cuatro o más dientes por cuadrante	No se cubre
D4342	raspado periodontal y alisado de raíz - de uno a tres dientes por cuadrante	No se cubre
D4355	desbridamiento completo de la boca para permitir una evaluación oral completa y un diagnóstico en una consulta posterior	No se cubre
D4910	procedimientos de mantenimiento periodontal	No se cubre
D5110	dentadura completa - maxilar	No se cubre
D5120	dentadura completa - mandibular	No se cubre
D5130	dentadura inmediata - maxilar	No se cubre
D5140	dentadura inmediata - mandibular	No se cubre
D5211	dentadura parcial maxilar - base de resina (materiales retentivos/de sujeción, soportes y dientes)	No se cubre
D5212	dentadura parcial mandibular - base de resina (materiales retentivos/de sujeción, soportes y dientes)	No se cubre
D5213	dentadura parcial maxilar - estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye cualquier sujetador convencional, soportes y diente)	No se cubre
D5214	dentadura parcial mandibular - estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye cualquier sujetador convencional, soportes y dientes)	No se cubre
D5281	dentadura parcial unilateral removible - una pieza de metal fundido	No se cubre
D5410	ajustar dentadura completa - maxilar	No se cubre
D5411	ajustar dentadura completa - mandibular	No se cubre
D5421	ajustar dentadura parcial - maxilar	No se cubre
D5422	ajustar dentadura parcial - mandibular	No se cubre
D5510	reparar base de dentadura completa rota	No se cubre
D5520	reemplazar dientes faltantes o rotos - dentadura completa (cada diente)	No se cubre
D5610	reparar base de dentadura de resina	No se cubre
D5620	reparar estructura fundida	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D5630	reparar o reemplazar materiales retentivos/de sujeción rotos - por diente	No se cubre
D5640	reemplazar dientes rotos - por diente	No se cubre
D5650	agregar diente a dentadura parcial existente	No se cubre
D5660	agregar sujetador a dentadura parcial existente	No se cubre
D5710	reparación de base de dentadura maxilar completa	No se cubre
D5720	reparación de base de dentadura parcial maxilar	No se cubre
D5721	reparación de base de dentadura parcial mandibular	No se cubre
D5730	revestimiento de dentadura maxilar completa (en consulta)	No se cubre
D5731	revestimiento de dentadura mandibular completa (en consulta)	No se cubre
D5740	revestimiento de dentadura parcial maxilar (en consulta)	No se cubre
D5741	revestimiento de dentadura parcial mandibular (en consulta)	No se cubre
D5750	revestimiento de dentadura maxilar completa (en laboratorio)	No se cubre
D5751	revestimiento de dentadura mandibular completa (en laboratorio)	No se cubre
D5760	revestimiento de dentadura parcial maxilar (en laboratorio)	No se cubre
D5761	revestimiento de dentadura parcial mandibular (en laboratorio)	No se cubre
D5850	acondicionamiento de tejido, maxilar	No se cubre
D5851	acondicionamiento de tejido, mandíbula	No se cubre
D6010	colocación quirúrgica de cuerpo de implante: implante endosteal	No se cubre
D6012	colocación quirúrgica de cuerpo de implante provisional - implante endosteal	No se cubre
D6013	colocación quirúrgica de mini implante	No se cubre
D6040	colocación quirúrgica - implante eposteal	No se cubre
D6050	colocación quirúrgica - implante transosteal	No se cubre
D6053	dentadura removible con soporte de implante/pilar para arco completamente edéntulo	No se cubre
D6054	dentadura removible con soporte de implante/pilar para arco parcialmente edéntulo	No se cubre
D6055	barra conectora - con soporte de implante o soporte de pilar	No se cubre
D6056	pilar prefabricado	No se cubre
D6058	corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar	No se cubre
D6059	corona de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal altamente noble)	No se cubre
D6060	corona de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal base predominante)	No se cubre
D6061	corona de porcelana fundida con metal con soporte de pilar (metal noble)	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D6062	corona de metal fundido con soporte de pilar (metal altamente noble)	No se cubre
D6063	corona de metal fundido con soporte de pilar (metal base predominante)	No se cubre
D6064	corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	No se cubre
D6065	corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	No se cubre
D6066	corona de porcelana fundida con metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	No se cubre
D6067	corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	No se cubre
D6068	retenedor con soporte de pilar para dentadura parcial fija (FPD) de porcelana/cerámica	No se cubre
D6069	retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal altamente noble)	No se cubre
D6070	retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal base predominante)	No se cubre
D6071	retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	No se cubre
D6072	retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal altamente noble)	No se cubre
D6073	retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal base predominante)	No se cubre
D6074	retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble)	No se cubre
D6075	retenedor con soporte de implante para FPD de cerámica	No se cubre
D6076	retenedor con soporte de implante para FDP de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	No se cubre
D6077	retenedor con soporte de implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	No se cubre
D6078	dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco completamente edéntulo	No se cubre
D6079	dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco parcialmente edéntulo	No se cubre
D6080	procedimiento de mantenimiento de implante	No se cubre
D6090	reparación de prótesis de implante	No se cubre
D6091	reemplazo de unión - prótesis de implante/pilar	No se cubre
D6095	reparación de pilar de implante	No se cubre
D6100	eliminación de implante, por reporte	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D6101	desbridamiento de un defecto periimplantario o de defectos alrededor de un solo implante, y limpieza de superficie de superficies de implante expuestas, incluida la entrada y el cierre de colgajo	No se cubre
D6102	desbridamiento y contorno óseo de un defecto periimplantario o de defectos alrededor de un solo implante e incluye limpieza de superficie de las superficies de implantes expuestas, incluye la entrada y el cierre del colgajo	No se cubre
D6103	injerto óseo para reparación de defecto periimplantario - no incluye la entrada y el cierre de colgajo. colocación de una membrana de barrera o de materiales biológicos para ayudar a la regeneración ósea - se reporta por separado	No se cubre
D6104	injerto óseo al momento de la colocación del implante	No se cubre
D6190	índice de implantes radiográficos/quirúrgicos, por reporte	No se cubre
D6205	póntico - compuesto a base de resina indirecta	No se cubre
D6210	póntico - metal altamente noble fundido	No se cubre
D6211	póntico - metal base fundido	No se cubre
D6212	póntico - metal noble fundido	No se cubre
D6214	póntico - titanio	No se cubre
D6240	póntico - porcelana fundida - altamente noble	No se cubre
D6241	póntico -porcelana fundida con metal base	No se cubre
D6242	póntico - porcelana fundida - metal noble	No se cubre
D6245	prostodoncia fija, póntico - porcelana/cerámica	No se cubre
D6250	póntico - resina con metal altamente noble	No se cubre
D6251	póntico - resina con metal base	No se cubre
D6252	póntico - resina con metal noble	No se cubre
D6545	retenedor - metal fundido fijo	No se cubre
D6740	corona de retenedor – porcelana/cerámica	No se cubre
D6750	corona - porcelana fundida - altamente noble	No se cubre
D6751	corona - porcelana fundida con metal base	No se cubre
D6752	corona - porcelana fundida con metal noble	No se cubre
D6780	corona - 3/4 metal altamente noble fundido	No se cubre
D6781	prostodoncia fija, corona ¾ metal base predominante fundido	No se cubre
D6782	prostodoncia fija, corona ¾ metal noble fundido	No se cubre
D6783	prostodoncia fija, corona ¾ porcelana/cerámica	No se cubre
D6790	corona - altamente noble fundido completo	No se cubre
D6791	corona - metal base fundido completo	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D6792	corona - metal noble fundido completo	No se cubre
D6930	re-cementación o re-empaste de dentadura parcial fija	No se cubre
D6980	reparación de dentadura parcial fija	No se cubre
D7140	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con pinzas)	No se cubre
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiera extracción de hueso y/o seccionamiento de diente, e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si está indicado	No se cubre
D7220	extracción de diente impactado - tejido blando	No se cubre
D7230	extracción de diente impactado - parcialmente óseo	No se cubre
D7240	extracción de diente impactado - completamente óseo	No se cubre
D7241	extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	No se cubre
D7250	extracción quirúrgica de raíces de diente residuales (procedimiento de corte)	No se cubre
D7251	coronectomía - extracción de diente parcial intencional que se realiza cuando es probable que haya una complicación neurovascular si se extrae todo el diente impactado.	No se cubre
D7270	reimplantación de diente y/o estabilización de diente accidentalmente perdido o desplazado	No se cubre
D7280	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado	No se cubre
D7310	alveoloplastia en conjunto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	No se cubre
D7311	alveoloplastia en conjunto con extracciones - uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	No se cubre
D7320	alveoloplastia aparte de extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	No se cubre
D7321	alveoloplastia aparte de extracciones - uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	No se cubre
D7471	extracción de exostosis - por sitio	No se cubre
D7510	incisión y drenado de absceso - tejido blando intraoral	No se cubre
D7910	sutura de pequeñas heridas de hasta 5 cm	No se cubre
D7921	recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autóloga	No se cubre
D7971	escisión de gingiva pericoronal	No se cubre
D9110	tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental - procedimiento menor	No se cubre
D9223	sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	No se cubre

Procedimientos cubiertos	Descripción de beneficios	Copago del Plan
D9243	sedación/analgesia moderada intravenosa (consciente) - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	No se cubre
D9248	sedación moderada (consciente) no intravenosa	No se cubre
D9310	consulta - servicio de diagnóstico que proporciona un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	No se cubre
D9610	inyección de medicamento terapéutico, por reporte	No se cubre
D9930	tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas) - circunstancias inusuales, por reporte	No se cubre
D9940	guarda oclusal, por reporte	No se cubre
D0160	evaluación oral detallada y extensa - enfocada en el problema, por reporte	No se cubre

LIMITACIONES

(1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento que de manera habitual se proporciona bajo estándares de práctica dental aceptados se llaman “Servicios Opcionales”. Los Servicios Opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar. Ejemplos de Servicios Opcionales:

Si un miembro inscrito recibe Servicios Opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo que significa que Delta Dental basará los beneficios en el costo más bajo del servicio habitual o la práctica estándar en lugar de en el costo más alto del Servicio Opcional. El miembro inscrito será responsable de la diferencia entre el costo más alto del Servicio Opcional y el costo más bajo del servicio habitual o el procedimiento estándar.

(2) Delta Dental pagará exámenes orales (excepto exámenes fuera de horario y exámenes de observación) y limpiezas no más de dos veces en un año calendario.

(3) Limitaciones para rayos X:

- Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable a la Tarifa Aceptada del proveedor por una serie intraoral completa cuando la tarifa de cualquier combinación de rayos X intraorales en una sola serie de tratamiento cumpla o exceda la Tarifa Aceptada para una serie intraoral completa.
- Cuando se envíe una película panorámica con película(s) suplementaria(s), Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable a la Tarifa Aceptada del proveedor por una serie intraoral completa.
- Si se toma una película panorámica en conjunto con una serie completa intraoral, Delta Dental considera que la película panorámica se debe incluir en la serie completa.
- Una serie intraoral completa y una película panorámica se limitan cada una a una vez cada 60 meses.
- Los rayos X interproximales se limitan a dos veces en un año calendario cuando se proporcionan a miembros inscritos menores de 18 años y una vez cada año calendario para miembros inscritos mayores de 18 años. Los interproximales de cualquier tipo no se autorizan dentro de los 12 meses de una serie de boca completa a menos que lo justifiquen circunstancias especiales.

(4) La aplicación tópica de soluciones de flúor se limita a miembros inscritos hasta los 19 años de edad y no más de dos veces en un año calendario.

(5) Limitaciones de espaciadores:
- Los espaciadores se limitan al aparato inicial y son un beneficio para un miembro inscrito hasta los 14 años de edad.
- La re-cementación del espaciador se limita a una vez de por vida.
- Se considera que el retiro de un espaciador fijo se incluye en la tarifa del espaciador; sin embargo, se hace una excepción si el retiro lo realiza un proveedor/el consultorio de un proveedor diferente.

(6) Las pruebas de vitalidad de pulpa se permiten una vez al día cuando no se realiza un tratamiento definitivo.

(7) Los selladores se limitan a lo siguiente:
- A los primeros molares permanentes hasta los ocho años de edad y a los segundos molares permanentes hasta los 15 años de edad si no tienen caries (descomposición) ni restauraciones en la superficie oclusal.
- No incluye reparación ni reemplazo de un sellador en ningún diente dentro de los 24 meses de su aplicación.

(8) Los exámenes de detección de pacientes y evaluaciones de pacientes se limitan a una vez de por vida por proveedor y cuentan para la frecuencia de los exámenes orales.

(9) El tratamiento paliativo se cubre por visita, no por diente, y la tarifa incluye todos los tratamientos proporcionados que no sean rayos X ni procedimientos de diagnóstico seleccionados.

EXCLUSIONES

Delta Dental no paga Beneficios para:

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

(2) Cirugía estética o procedimientos estéticos por razones meramente cosméticas.

(3) Prótesis maxilofacial.

(4) Restauraciones provisionales y/o temporales (excepto una dentadura parcial removible provisional para reemplazar dientes permanentes anteriores extraídos durante el periodo de curación para niños de 16 años de edad o menores).

(5) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluidos pero sin limitarse a paladar hendido, malformaciones del maxilar superior e inferior, hipoplasia de esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (dientes que faltan de forma congénita), excepto aquellos servicios que se prestan a recién nacidos por defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente.

(6) Tratamiento para estabilizar dientes, tratamiento para restaurar estructura dental perdida por desgaste, erosión, abrasión o tratamiento para reconstruir o mantener superficies de masticación debido a dientes desalineados u ocluidos. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a: equilibrado, entablillado periodontal, ajustes oclusales completos o guardas nocturnas/guardas oclusales y abfracción.

(7) Cualquier procedimiento único que se proporcione antes de la fecha en que el miembro inscrito se haya tornado elegible para los servicios bajo este plan.

(8) Medicamentos prescritos, medicación, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales y/o de investigación.

(9) Cargos por anestesia, distinta de la anestesia general y sedación intravenosa que administre un proveedor en relación con cirugía oral cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.

(10) Injertos extraorales (injerto de tejidos desde el exterior de la boca hasta los tejidos orales).

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

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

(13) Implantes provisionales.

(14) Incrustaciones y/o recubrimientos a base de resina fabricados indirectamente.

(15) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional que cobre el proveedor por el tratamiento en cualquiera de estos centros.

(16) Tratamiento que proporcione una persona que no sea un proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.

(17) Cargos incurridos por instrucción de higiene oral, un programa de control de placa, programas de control preventivo que incluyen tiempos de atención a domicilio, instrucción dietética, duplicaciones de rayos X, exámenes de detección de cáncer, asesoría sobre el tabaco o citas no cumplidas.

(18) Servicios administrativos de práctica dental, que incluye pero no se limita a preparación de reclamaciones, cualquier fase de odontología no relacionada con tratamiento, como provisión de un entorno antiséptico, esterilización de equipo o control de infecciones, o bien cualquier material auxiliar que se use durante el curso de rutina de provisión de tratamiento, como hisopos de algodón, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.

(19) Procedimientos que tienen un pronóstico cuestionable con base en una revisión profesional de un consultor dental de la documentación presentada.

(20) Cualquier impuesto gravado (o incurrido) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa cobrada por beneficios proporcionados bajo el Contrato, será responsabilidad del miembro inscrito y no un beneficio cubierto.

(21) Deducibles, cantidades superiores a los máximos del plan y/o cualquier servicio no cubierto bajo el plan dental.

(22) Servicios cubiertos bajo el plan dental pero que exceden las limitaciones de los beneficios o que no cumplen con las políticas de procesamiento vigentes en el momento en que se tramita la reclamación.

(23) Servicios para tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y/o mandíbulas), a menos que se indique lo contrario según la cobertura en el diseño del plan propuesto.

(24) Servicios para cualquier alteración de las articulaciones temporomandibulares (maxilar) (TMJ) o musculatura, nervios y otros tejidos asociados, a menos que se indique lo contrario según la cobertura en el diseño del plan propuesto.

(25) Implante endoóseo endodóntico.

(26) Implantes y servicios relacionados, a menos que se indique lo contrario según la cobertura en el diseño del plan propuesto.

Las limitaciones y exclusiones pueden variar dependiendo de los beneficios seleccionados y de la reglamentación estatal.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no se cubren en el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos(exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o bien no se cubren bajo ninguna condición o que solo se cubren bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que se excluyen (no se cubren), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran. La única excepción: pagaremos si al momento de la apelación se determina que un servicio de la tabla siguiente es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a la situación específica de usted. (Con el fin de obtener información sobre la apelación de una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3, de este folleto).

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

Incluso si usted recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

Servicios que no cubre Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios que se consideran no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinen que no son generalmente aceptados en la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlo bajo un estudio de investigación clínica que apruebe Medicare o nuestro plan. (Vea el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Se cubre solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa.	✓	
*La atención bajo custodia es la atención que se proporciona en un asilo de ancianos, hospicio u otro establecimiento cuando usted no requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica en el hogar, que incluye mantenimiento ligero de la casa o preparación de comidas ligeras.	✓	

Servicios que no cubre Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Tarifas que cobran por la atención de sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejora del funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Se cubren para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada con el fin de producir una apariencia simétrica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, obturaciones o dentaduras.		✓ Los servicios dentales preventivos como exámenes orales, rayos X dentales, limpieza y tratamiento con flúor son servicios cubiertos
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental que se requiere para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para paciente hospitalizado o para paciente ambulatorio.
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención de los pies de rutina		✓ Se otorga alguna cobertura limitada de acuerdo con las guías de Medicare (por ej., si usted tiene diabetes).
Comidas entregadas a domicilio		✓
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

Servicios que no cubre Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros auxiliares para visión reducida.		✓ Se cubre un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que han tenido una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		✓
Servicios naturópatas (que usan tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*La atención bajo custodia es atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse y vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 112
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 112
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan . 112

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 113
Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que su receta se cubra 113
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 113
Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan 114
Sección 2.4 ¿Cómo puede usted conseguir un suministro de medicamentos de largo plazo? 115
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usted usar una farmacia que no esté en la red del plan? 116

SECCIÓN 3 Sus medicamentos necesitan estar en la "Lista de Medicamentos" del plan 117
Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" dice cuáles medicamentos de la Parte D se cubren 117
Sección 3.2 Existen cinco "niveles de participación en los costos" para medicamentos de la Lista de Medicamentos 118
Sección 3.3 ¿Cómo puede usted averiguar si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos? 118

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos 118
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 118
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 119
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos? 120

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no se cubre de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera? 120
Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no se cubre de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera 120
Sección 5.2 ¿Que puede hacer usted si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera? 121
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer usted si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que piensa que es demasiado alto? 123

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 124
Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 124
Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que usted está tomando? 124

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 126
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 126

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando usted surta una receta 127
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía 127
Sección 8.2 ¿Qué pasa si usted no tiene su tarjeta de membresía con usted? 127

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 128
Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre el plan? 128
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)? 128
Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan de empleador o de grupo de jubilados? 129
Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio que certifica Medicare? 129

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 130
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad 130
Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides con seguridad 130
Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos 131

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

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen los Programas de "Extra Help" (Ayuda Extra) y de Asistencia Farmacéutica Estatal. Con el fin de obtener más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿En la actualidad usted recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **puede que cierta información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que obtienen Extra Help para pagar Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula de Subsidio para Bajos Ingresos" o "Cláusula LIS"), la cual le dice sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este adjunto, por favor llame a Servicios a Miembros y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, CHRISTUS Health Plan Generations también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan por lo general cubre los medicamentos que se le dan durante sus estancias en el hospital o en un centro de enfermería especializada bajo cobertura. A través de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen fármacos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se le dan durante una consulta en consultorio y medicamentos que se le dan en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué se cubre y qué paga usted*) le dice sobre los beneficios y costos de medicamentos durante una estancia en un hospital o en un centro de enfermería especializada bajo cobertura, así como sus beneficios y costos de medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas y, por lo tanto, que no se cubren bajo el beneficio de hospicio de Medicare. Con el fin de obtener más información, por favor vea la Sección 9.4 *(Qué pasa si usted está en un hospicio que certifica Medicare)*. Con el fin de obtener más información sobre la cobertura de hospicio, vea la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué se cubre y qué paga usted*).

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

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

El plan por lo general cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Usted debe conseguir que un proveedor (un doctor, un dentista u otro recetador) le emita su receta.
- Su recetador debe ya sea aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D se denegará. Usted debe preguntarle a sus recetadores si cumplen con esta condición la próxima vez que les llame o consulte. De lo contrario, por favor tenga en cuenta que a su recetador le llevará tiempo presentar la documentación necesaria que se debe procesar.
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Vea la Sección 2, *Surta sus recetas 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 (le llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos necesitan estar en la "Lista de Medicamentos" del plan*).

- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos o que apoyan ciertos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que su receta se cubra

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Con el fin de encontrar una farmacia de la red, usted puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* al visitar nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o al llamar a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita surtir un medicamento que ha estado tomando, usted puede pedirle a su proveedor que le emita una nueva receta o puede pedirle que transfiera su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que usted ha estado usando deja la red del plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Con el fin de encontrar una nueva farmacia de la red en su área, usted puede obtener ayuda de Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias.* Usted ttambién puede encontrar información en nuestro sitio web enwww.christushealthplan.org.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (LTC). De manera usual, un centro LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de una de las farmacias LTC de nuestra red, que de manera normal es la farmacia que usa el centro LTC. Si usted tiene cualquier dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, por favor contacte a Servicios a Miembros.
- Farmacias que sirven al Servicio de Salud Indio/Programa de Salud Tribal, Urbano, Indio (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir rara vez).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se surten a través de un pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular para una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo"** en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Con el fin de obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, por favor visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

De manera usual, un pedido por correo de una farmacia le llegará en no más de 14 días. En caso de que un paquete de pedido por correo se demore, la farmacia del pedido por correo le ayudará a coordinar que se surta a corto plazo de una farmacia que esté cerca de usted. Usted también puede contactar a Servicios a Miembros para buscar asistencia.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará en forma automática las nuevas recetas que reciba de proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero si:

- Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se registró para entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento al llamar al número de Servicios a Miembros que está en el reverso de su tarjeta.

Si recibe una receta en forma automática por correo que usted no desea, y no le contactaron para ver si la quería antes de enviarla, usted puede ser elegible para un reembolso.

- Si usted usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe cada nueva receta en firma automática, por favor contáctenos al llamar al número de Servicios a Miembros que está en el reverso de su tarjeta.

Si usted nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo y/o decide detener el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia le contactará cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si usted quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le esté entregando el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, de cancelar o aplazar el pedido antes de que le facturen y se envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia le contacte para indicarles qué hacer con su nueva receta y evitar cualquier demora en el envío.

Con el fin de optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas que se reciban directamente de su proveedor de atención médica, por favor contáctenos al llamar al número de Servicios a Miembros que está en el reverso de su tarjeta.

Resurtido de recetas a través de pedido por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de registrarse a un programa de resurtido automático. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido en forma automática cuando nuestros registros muestren que usted debe estar a punto de acabarse su medicamento. La farmacia le contactará antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que si usted necesita más medicamento, y que usted puede cancelar resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamente ha cambiado. Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, por favor contacte a su farmacia 14 días antes de cuando piense que los medicamentos que tiene a la mano se terminarán para asegurarse de que su siguiente pedido se le enviará a tiempo.

Para optar por salir de nuestro programa que prepara resurtidos por correo automáticamente, por favor contáctenos al llamar al número de Servicios a Miembros que está en el reverso de su tarjeta.

Con el fin de que la farmacia pueda encontrarle para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisarle a la farmacia la mejor manera de contactarle. Contacte a la farmacia de su elección y proporcióneles su información de contacto más actualizada.

Sección 2.4 ¿Cómo puede usted conseguir un suministro de medicamentos de largo plazo?

El plan ofrece dos maneras de conseguir un suministro de largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra Lista de Medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para una condición médica crónica o de largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través de un pedido por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar una cantidad menor de la participación en los costos para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten las cantidades menores de la participación en los costos para un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted sería responsable de la diferencia del precio. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le dice cuáles farmacias en nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de medicamentos de

mantenimiento. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo"** en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Vea la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usted usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta se puede cubrir en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Con el fin de ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si usted no puede usar una farmacia de la red, a continuación se presentan las circunstancias en que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan y se le terminan o pierde medicamentos de la Parte D cubiertos, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Usted no puede obtener un medicamento de la Parte D cubierto a tiempo dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que tenga servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Usted va a surtir una receta para un medicamento de la Parte D cubierto y ese medicamento en particular no está en existencias de manera regular en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red.
- Los medicamentos de la Parte D se dispensan en una farmacia institucional fuera de la red mientras está en un centro de emergencias, una clínica de un proveedor, en cirugía para paciente ambulatorio u otro centro para pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **por favor verifique primero con Servicios a Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que se le requiera pagar la diferencia entre lo que usted paga por un medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitarle un reembolso al plan?

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su participación del costo normal) en el momento de surtir su receta. Usted puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en el costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo solicitarle al plan que le haga un reembolso).

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

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" dice cuáles medicamentos de la Parte D se cubren

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

Los medicamentos de esta lista los selecciona el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos que establece Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos solo son aquellos que se cubren bajo la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1, explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento *que*:

- se aprobó por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la condición para la que se receta).
- -- *o* -- tiene el apoyo de ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information o el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye tanto medicamentos con nombre de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento con nombre de marca. Por lo general, funciona igual de bien que el medicamento con nombre de marca y por lo general cuesta menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos con nombre de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Con el fin de obtener más información, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamento (con el fin de obtener más información sobre esto, vea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de participación en los costos" para medicamentos de la Lista de Medicamentos

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

	Nivel de participación en los costos	Medicamentos incluidos en el nivel de participación en los costos
Nivel de participación en los costos más bajo	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel de participación en los costos más alto	5	Medicamentos de especialidad

Con el fin de saber en qué nivel de participación en los costos está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga para los medicamentos en cada nivel de participación en los costos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Usted tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Al revisar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo (Por favor, tenga en cuenta que: La Lista de Medicamentos que nosotros proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que usan de manera más común nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de Medicamentos, usted debe visitar nuestro sitio web o contactar a Servicios a Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.christushealthplan.org). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actual.
3. Llame a Servicios a Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo cual mantiene su cobertura de medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas le exhortan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro de menor costo funcione igual de bien médicamente que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para exhortar a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para cobertura y participación en los costos de los medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, esto de manera usual significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extras con el fin de que nosotros cubramos el medicamento. Si usted quiere que renunciemos a la restricción para usted, necesitará usar el proceso de decisión sobre cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en renunciar a esta restricción para usted. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Por favor, tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto es porque pueden aplicar diferentes restricciones o participaciones en los costos con base en factores como la dosis, cantidad o forma del medicamento que su proveedor de atención médica le recetó (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg, una al día en lugar de dos al día, tabletas en lugar de suspensión).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos de las maneras más efectivas. Las siguientes secciones le dicen más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restringir medicamentos con nombre de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que uno con nombre de marca y de manera usual cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento con nombre de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** De manera usual no cubriremos el medicamento con nombre de marca si hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la cual el medicamento genérico no le funcionará a usted *O BIEN* ha escrito "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento con nombre de marca *O BIEN* nos ha dicho la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le funcionarán a usted, entonces cubriremos el medicamento con nombre de marca. (Su participación en el costo puede ser más alta para el medicamento con nombre de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. Esto se llama "**autorización previa**". En ocasiones, el requisito para obtener una aprobación con anticipación ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no consigue esta aprobación, podría ser que el plan no cubra su medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le exhorta a probar un medicamento menos costoso pero igual de efectivo antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama "**terapia por pasos**".

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener al limitar cuánto medicamento puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar una pastilla al día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una pastilla al día.

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

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas antes. Con el fin de averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de Medicamentos. Con el fin de obtener la información más actualizada, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o revise nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Si existe una restricción para su medicamento, esto de manera usual significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas extras con el fin de que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, usted debe contactar a Servicios a Miembros para saber qué necesitaría hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si usted quiere que renunciemos a la restricción para usted, necesitará usar el proceso de decisión sobre cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en renunciar a esta restricción para usted. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no se cubre de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera?

Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no se cubre de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera

Esperamos que la cobertura de su medicamento le funcione bien. Aunque es posible que pudiera haber un medicamento recetado que usted esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no cubrirse en absoluto. O quizá se cubre una versión genérica del medicamento pero la versión con nombre de marca que usted desea tomar no se cubre.
- Si el medicamento se cubre, pero hay reglas o restricciones extras sobre la cobertura para ese medicamento. Conforme se explica en la sección 4, algunos de los medicamentos que cubre el plan tienen reglas extras que restringen su uso. Por ejemplo, a usted se le podría requerir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted quiere tomar se le cubra. O podría haber límites sobre la cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, puede querer que renunciemos a la restricción para usted.

- El medicamento se cubre, pero está en un nivel de participación en los costos que hacer que su participación en los costos sea más costosa de lo que usted piensa que debería ser. El plan pone cada medicamento que se cubre en uno de cinco niveles de participación en los costos diferente. La cantidad que usted paga para su receta depende en parte del nivel de participación en los costos en el que está su medicamento.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no se cubre de la manera que a usted le gustaría que se cubriera. Sus opciones dependen de qué tipo de problema tiene usted:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamente está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que le hace más alto su costo de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Que puede hacer usted si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son algunas cosas que usted puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor el tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Usted puede cambiar a otro medicamento.
- Usted puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no esté en la Lista de Medicamentos o cuando esté restringido. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Con el fin de ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos a continuación:

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

- El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan**.
- -- o -- el medicamento que usted ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (La sección 4 de este capítulo le dice sobre las restricciones).

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año anterior:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía del plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya era parte del plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su receta se emite para menos días, permitiremos surtirla varias veces para brindarle un suministro de medicamento de hasta un máximo de 31 días. La

receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Por favor, tome en cuenta que la farmacia de asistencia de largo plazo puede proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para prevenir que se desperdicie).

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

  Cubriremos un suministro de 34 días de un medicamento en particular o menos si su receta se emite para menos días. Esto es adicional a la situación de suministros temporales descrita antes.

- Si usted es un nuevo residente de un centro LTC y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a otra restricción como terapia por pasos o límites de cantidad (límites de dosis), cubriremos un suministro temporal de emergencia de 34 días de ese medicamento (a menos que la receta sea para menos días) mientras que el miembro busca una excepción al formulario. Hay excepciones disponibles en situaciones en que usted experimente un cambio en el nivel de atención que está recibiendo que también requiera que haga la transición de un centro o centro de tratamiento a otro. En tales circunstancias, usted sería elegible para una excepción para surtir una sola vez en forma temporal incluso si usted está fuera los primeros 90 días como miembro de nuestro plan. Por favor, tome en cuenta que nuestra política de transición solo aplica a aquellos medicamentos que son de la "Parte D" y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D ni un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para acceso fuera de la red.

Con el fin de solicitar un suministro temporal, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que usted esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le dicen más sobre estas opciones.

Usted puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez hay un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la manera en que usted le gustaría que se cubra. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O usted puede solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el siguiente año, le permitiremos solicitar una excepción al

formulario por adelantado para el siguiente año. Le diremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el siguiente año. Usted puede solicitar una excepción antes del siguiente año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de su recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio tenga efecto.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer usted si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que piensa que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que piensa que es demasiado alto, estas son algunas cosas que usted puede hacer:

Usted puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que usted piensa que es demasiado alto, empiece por hablar con su proveedor. Tal vez hay un medicamento diferente en un nivel de participación en los costos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Usted puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de participación en los costos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 (Nivel de Especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de participación en los costos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Se ponen a disposición nuevos medicamentos, lo que incluye nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que es inefectivo.
- **Pasar un medicamento a un nivel de participación en los costos más alto o más bajo**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información acerca de las restricciones en la cobertura, vea la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento con nombre de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de una manera programada con regularidad para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, señalamos las ocasiones en que se le avisará directamente si se hacen cambios a un medicamento que usted esté tomando en ese entonces. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento con nombre de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de participación en los costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento con nombre de marca o ambos)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento con nombre de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo vamos a reemplazar por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de participación en los costos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento con nombre de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de participación en los costos más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cosas.

- Es posible que no le digamos antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento con nombre de marca.
- Usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y seguir cubriendo el medicamento con nombre de marca para usted. Con el fin de obtener información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)).*

Si usted está tomando el medicamento con nombre marca en el momento en que hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el(los) cambios específico(s) que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre las medidas que usted puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento con nombre de marca. Es posible que usted no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento se puede retirar repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se ha retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos sobre este cambio de inmediato.
  - Su recetador también sabrá acerca de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento con nombre de marca o cambiar el nivel del participación en los costos o agregar nuevas restricciones al medicamento con nombre de marca o a ambos. También podríamos hacer cambios con base en las advertencias de los recuadros de la FDA o en las nuevas guías clínicas que reconozcas Medicare. Debemos avisarle a usted con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio o avisarle del cambio y volver a surtirle el medicamento que esté tomando para 31 días en una farmacia de la red.
  - Después de que reciba el aviso del cambio, usted debe trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
  - O usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y seguir cubriendo el medicamento para usted. Con el fin de obtener información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)).*

Cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente están tomando el medicamento: Para los cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen antes, si usted está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si usted permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de participación en los costos más alto.
- Si ponemos una nueva restricción en su uso del medicamento.

- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que usted esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento con nombre de marca u otro cambio señalado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su participación en los costos sino hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente usted no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso de su medicamento. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del siguiente año, los cambios le afectarán, y es importante revisar la Lista de Medicamentos en el nuevo año de beneficios para ver si hay algún cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos para los medicamentos que se enumeran en esta sección. La única excepción: Si se determina después de una apelación que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Con el fin de obtener información sobre la apelación de una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5, de este folleto).

Aquí se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El "uso no indicado en la etiqueta" es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas.
    - Por lo general, la cobertura para el "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System. Si el uso no tiene el respaldo de ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso no indicado en la etiqueta".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no se cubren en los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de tos o resfriado

- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos que se usan para tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se usan para tratamiento de anorexia o pérdida o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante pretenda requerir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se adquieran exclusivamente del fabricante como condición para su venta

Si usted recibe "Extra Help" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Por favor, contacte al programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando usted surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Con el fin de surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* participación en los costos de los medicamentos recetados cubiertos. Usted necesitará pagar a la farmacia *su* participación en los costos cuando recoja su receta.

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

Si usted no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surta su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted puede tener que pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra participación. Vea el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre el plan?

Si usted se interna en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que cubre el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Vea las partes anteriores de esta sección que le dicen sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*) da más información sobre cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Por favor, tenga en cuenta: Cuando usted ingresa o vive en un centro de enfermería especializada o sale de este, tiene derecho a un Periodo de Inscripción Especial. Durante este periodo, usted puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminación de su membresía del plan*, dice cuándo usted puede dejar nuestro plan y unirse a un plan de Medicare diferente).

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

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención de largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención de largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información, por favor contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 34 días, o menos si su receta se emite para menos días. (Por favor, tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez para prevenir que se desperdicie). Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 34 días, o menos si su receta se emite para menos días.

Durante el tiempo en que usted esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine su suministro temporal. Tal vez hay un medicamento diferente que cubra el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría que se cubra. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted también está obteniendo cobertura de medicamentos de un plan de empleador o de grupo de jubilados?

¿En la actualidad tiene usted otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge)? Si es así, por favor contacte al **administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si usted está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos recetados que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Esto significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

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

Si la cobertura del plan de grupo es "**acreditable**", significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio que certifica Medicare?

Los medicamentos nunca se cubren ni por parte del hospicio ni de nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o un medicamento para la ansiedad que no cubra su hospicio porque no se relaciona con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación ya sea del recetador o de su proveedor del hospicio de que el medicamento no se relaciona antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Con el fin de prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que deba cubrir nuestro plan, usted puede solicitar a su proveedor de hospicio o recetador que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no se relaciona antes de que solicite a una farmacia que surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que se le dé de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Con el fin de prevenir cualquier demora en una farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Vea las partes anteriores de esta sección que dicen sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*) da más información sobre cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos con seguridad

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de asegurarnos de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son importantes en especial para miembros que tienen más de un proveedor que receta sus medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que puede que no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que puede que no sean seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas emitidas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides con seguridad

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados, así como otros medicamentos de los que se abusa de manera frecuente. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro,podemos limitar la forma en que usted puede obtener estos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de cierta(s) farmacia(s)
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de cierto(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si pensamos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que le explicará las limitaciones que pensamos que se deben aplicar a usted. Usted también tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que piense que es importante que conozcamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar en forma indebida el medicamento recetado o con la limitación, usted y su recetador tienen el derecho de solicitarnos una apelación. Si usted elige apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vea el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Puede ser que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, está recibiendo atención paliativa en un hospicio o de etapa terminal o vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

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

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a asegurar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional médico le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para usar mejor sus medicamentos, con espacio para que usted tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. Usted también obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea que tenga su revisión de medicamentos antes de su consulta de “Bienestar” anual, de tal manera que usted pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, por favor notifíquenoslo y le retiraremos del programa. Si usted tiene alguna pregunta sobre estos programas, por favor contacte a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 136

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 136

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar para medicamentos cubiertos 137

SECCIÓN 2 Lo que usted paga para un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted esté cuando reciba el medicamento 137

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para miembros de CHRISTUS Health Plan Generations? 137

SECCIÓN 3 Le enviamos reportes que explican los pagos para sus medicamentos y en qué fase de pago está usted 139

Sección 3.1 Le enviamos un reporte mensual llamado "Explicación de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 139

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos para medicamentos 139

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5 140

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $150 para sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5 140

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su participación en sus costos de medicamentos y usted paga su participación 141

Sección 5.1 Lo que usted paga para un medicamento depende del medicamento y de dónde usted surta su receta 141

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costospara el suministro de *un mes* de un medicamento 142

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suministro del mes completo 143

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro de *largo plazo* (90 días) de un medicamento 144

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130 145

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Periodo sin Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos con nombre de marca y no paga más del 25% de los costos de medicamentos genéricos 145

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Periodo sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan $6,550 145

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para medicamentos recetados 146

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Catástrofes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 148

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura de Catástrofes, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 148

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 148

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 148

SECCIÓN 9 Lo que usted pague para vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga 149

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de vacuna de la Parte D en sí y para el costo de su administración de la vacuna 149

Sección 9.2 Usted puede querer llamarnos a Servicios a Miembros antes de obtener una vacuna 151

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

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen los Programas de "Extra Help" y de Asistencia Farmacéutica Estatal. Con el fin de obtener más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿En la actualidad usted recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **puede que cierta información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no aplique para usted**. Le enviamos un adjunto por separado, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que obtienen Extra Help para pagar Medicamentos Recetados" (también conocida como "Cláusula de Subsidio para Bajos Ingresos" o "Cláusula LIS"), la cual le dice sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este adjunto, por favor llame a Servicios a Miembros y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D. Con el fin de simplificar, usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Conforme se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D – algunos medicamentos se cubren bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y otros se excluyen de la cobertura de Medicare por ley.

Con el fin de entender la información sobre pago que le damos en este capítulo, usted necesita conocer los aspectos básicos de qué medicamentos se cubren, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Los siguientes son materiales que explican estos fundamentos:

- **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.** Con el fin de simplificar, la llamamos "Lista de Medicamentos".
  - Esta Lista de Medicamentos dice qué medicamentos se cubren para usted.
  - También dice en cuál de los cinco "niveles de participación en los costos" está el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura para el medicamento.
  - Si usted necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actual.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 da los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que usted necesita seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también dice qué tipos de medicamentos recetados no se cubren en nuestro plan.

- **El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 5 para obtener los detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red del plan.. También le dice qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar para medicamentos cubiertos

Con el fin de entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar para sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga para un medicamento se llama "participación en los costos" y hay tres maneras en que a usted se le puede pedir que pague.

- El **""deducible"** es la cantidad que usted debe pagar para medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su participación.
- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- **"Coaseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga para un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted esté cuando reciba el medicamento

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

Conforme se muestra en la siguiente tabla, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados bajo CHRISTUS Health Plan Generations. La cantidad que usted paga para un medicamento depende de la etapa en la que usted esté en el momento de surtir o resurtir una receta. Tenga en cuenta que usted siempre es responsable de la prima del plan mensual, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 *Etapa de Deducible Anual*	**Etapa 2** *Etapa de Cobertura Inicial*	**Etapa 3** *Etapa de Periodo sin Cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de Cobertura de Catástrofes*
Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $150 para sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5 ($150 es la cantidad de su deducible del Nivel 4 y el Nivel 5). (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su participación en el costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 y **usted paga su participación en el costo.** Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya cumplido con su deducible del Nivel 4 y el Nivel 5, el plan paga su participación en los costos de sus medicamentos de Nivel 4 y el Nivel 5 y usted paga su participación. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos de medicamentos total"** del año hasta la fecha asciendan a $4,130. (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de medicamentos con nombre de marca (más una porción de la tarifa de entrega) y el 25% del precio de medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de bolsillo"** (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $6,550. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas con el fin de calcular los costos para esta cantidad. (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

SECCIÓN 3 Le enviamos reportes que explican los pagos para sus medicamentos y en qué fase de pago está usted

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando usted ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. Esto se llama su "**gasto de bolsillo**".
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos"** Esta es la cantidad que usted paga del bolsillo o que otras personas pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un reporte por escrito llamado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (en ocasiones llamado "EOB de la Parte D") cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con menor participación en los costos que pueden estar disponibles. Usted debe consultar con su recetador estas opciones de menor costo. Esto incluye:

- **Información para ese mes**. Este reporte le da los detalles de pago sobre las recetas que usted haya surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted y qué pagaron otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Le muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales para sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos en porcentaje acumulativos para cada reclamación de receta.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con participación en los costos más baja para cada reclamación de receta que pueda estar disponible.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos para medicamentos

Con el fin de llevar un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que usted haga para medicamentos, usamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como usted puede ayudarnos a mantener actualizada y correcta su información:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Con el fin de asegurarse de que sepamos sobre las recetas que usted está surtiendo y qué está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que usted puede pagar para medicamentos recetados y que no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Con el fin de ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, usted puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, usted puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra participación en los costos. Con el fin de obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2, de este folleto). A continuación, se presentan algunos tipos de situaciones en que usted puede querer darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o al usar una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando usted haya hecho un copago para medicamentos que se le proporcionen bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - En cualquier momento en que usted haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos que hagan otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura de catástrofes. Por ejemplo, los pagos que hace un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan para sus gastos de bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un registro de sus costos.
- **Revise el reporte escrito que le enviamos.** Cuando usted reciba por correo una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D"), por favor revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted piensa que falta algo del reporte o si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos reportes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $150 para sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5

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

- Su **"costo total"** por lo general es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted debe pagar para sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su participación.

Una vez que usted haya pagado $150 para sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5, deja la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su participación en sus costos de medicamentos y usted paga su participación

Sección 5.1 Lo que usted paga para un medicamento depende del medicamento y de dónde usted surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su participación en el costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su participación (la cantidad de su copago o coaseguro). Su participación en el costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta.

El plan tiene cinco niveles de participación en los costos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de cinco niveles de participación en los costos. En general, mientras más alto sea el número del nivel de participación en los costos, más alto será el costo de su medicamento:

	Nivel de participación en los costos	Medicamentos incluidos en el nivel de participación en los costos
Nivel de participación en los costos más bajo	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel de participación en los costos más alto	5	Medicamentos de especialidad

Con el fin de saber en qué nivel de participación en los costos está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que pague para un medicamento depende de si usted lo surte en:

- Una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no esté en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Con el fin de obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas, vea el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costospara el suministro de *un mes* de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su participación en el costo de un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

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

Conforme se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de participación en los costos de su medicamento. Por favor, tenga en cuenta:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que se indica en la tabla, usted pagará ese precio más bajo para el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o bien* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos recetas que se surtan en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Por favor, vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta que se surta en una farmacia fuera de la red.

Su participación en el costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta de 31 días)	**Participación en los costos de atención de largo plazo (LTC)** (suministro de hasta de 34 días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $4	Copago de $4	Copago de $4
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $35	Copago de $35	Copago de $35

	Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta de 31 días)	**Participación en los costos de atención de largo plazo (LTC)** (suministro de hasta de 34 días)	**Participación en los costos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 31 días)
Nivel 4 de participación en los costos Medicamentos de marca no preferidos	30% de coaseguro	30% de coaseguro	30% de coaseguro
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos de especialidad)	29% de coaseguro	29% de coaseguro	29% de coaseguro

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

Por lo general, la cantidad que usted paga para un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle el suministro de un mes de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que usted quiera solicitarle a su médico una receta para el suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted esté probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios severos). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

La cantidad que usted pague cuando obtenga un suministro de menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será más bajo si usted obtiene un suministro de menos de un mes completo, la cantidad que pagará será menor.
- Si usted es responsable de un copago para el medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que usted reciba. Calcularemos la cantidad que usted paga por día para su medicamento (la "tarifa de participación en los costos diaria") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que usted recibe.
    - Este es un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de $31. Esto significa que la cantidad que usted paga por día para su medicamento es de $1. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de $7.

La participación en los costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que tenga que pagar para el suministro de un mes completo. Usted también puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de un medicamento o medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas para resurtir diferentes recetas a fin de que usted pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted pague dependerá de los días de suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Con el fin de obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 5, Sección 2.4).

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

- Por favor, tenga en cuenta: Si sus costos de medicamentos cubiertos son menores que la cantidad del copago que se indica en la tabla, usted pagará ese precio menor para el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o bien* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

Su participación en el costo cuando usted obtiene un suministro de *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	**Participación en los costos de pedidos por correo** (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $12	Copago de $0
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	Copago de $30	Copago de $0
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $105	Copago de $70
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	30% de coaseguro	30% de coaseguro
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos de especialidad)	29% de coaseguro	29% de coaseguro

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen $4,130

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados que haya surtido y resurtido alcance el **límite de $4,130 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

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

- **Lo que usted haya pagado** para todos los medicamentos cubiertos que haya obtenido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Vea la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Esto incluye:
  - Los $150 que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible.
  - El total que usted pagó como su participación en los costos para sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su participación en los costos para sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2021, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted y el plan, así como cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,130 en un año.

Le avisaremos si usted alcanza esta cantidad de $4,130. Si usted sí alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Periodo sin Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Periodo sin Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos con nombre de marca y no paga más del 25% de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Periodo sin Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan $6,550

Cuando usted está en la Etapa de Periodo sin Cobertura, el Programa de Descuento de Periodo sin Cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante en medicamentos con nombre de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega para medicamentos con nombre de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad que descuenta el fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y le hacen pasar por el Periodo Sin Cobertura.

Usted también recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo para medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (75%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo la cantidad que usted paga cuenta y le hace pasar por el Periodo sin Cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado para medicamentos con nombre de marca y no más del 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha establecido. En 2021, esa cantidad es de $6,550.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de bolsillo de $6,550, usted sale de la Etapa de Periodo sin Cobertura y pasa a la etapa de Cobertura de Catástrofes.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para medicamentos recetados

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevemos un registro de sus gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- La cantidad que usted paga para medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducible
  - La Etapa de Cobertura Inicial
  - La Etapa de Periodo sin Cobertura
- Cualquier pago que usted haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen en su nombre **ciertas personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos para sus medicamentos que hagan un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de caridad, los Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA, un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal que califique Medicare o el Indian Health Service. También se incluyen los pagos que haga el programa "Extra Help" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos que haya hecho el Programa de Descuento del Periodo sin Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga para sus medicamentos con nombre de marca. Aunque la cantidad que el plan paga para sus medicamentos genéricos no se incluye.

Paso a la Etapa de Cobertura de Catástrofes:

Cuando usted (o quien pague por usted) haya gastado un total de $6,550 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Periodo sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando usted suma sus gastos de bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- La cantidad que usted paga para su prima mensual.
- Medicamentos que usted compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no se cubran en nuestro plan.
- Medicamentos que usted obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados que cubre la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que se excluyen de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que usted haga para medicamentos recetados que de manera normal no se cubren en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Los pagos que haga el plan para sus medicamentos con nombre de marca o genéricos mientras está en la Etapa de Periodo sin Cobertura.
- Los pagos para sus medicamentos que hagan planes médicos grupales incluidos los planes médicos de empleadores.
- Pagos para sus medicamentos que hagan por ciertos planes de seguros y programas médicos con fondos del gobierno como TRICARE y Veterans Affairs.
- Los pagos para sus medicamentos que haga un tercero con una obligación legal de pagar costos de recetas (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las que se enumeran antes paga una parte o todos sus gastos de bolsillo para medicamentos, a usted se le requiere que le diga a nuestro plan. Llame a Servicios a Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El reporte de la *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le dice sobre este reporte). Cuando usted alcance un total de $6,550 en gastos de bolsillo para el año, este reporte le dirá que ha salido de la Etapa de Periodo sin Cobertura y que ha pasado a la Etapa de Cobertura de Catástrofes.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 dice qué puede hacer usted para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted haya gastado estén completos y actualizados.

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

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

Usted califica para la Etapa de Cobertura de Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $6,550 para el año calendario. Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura de Catástrofes, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

- **Su participación** en el costo de un medicamento cubierto será ya sea un coaseguro o un copago, cualquiera que sea la cantidad *más alta*:
  - – *o bien* – un coaseguro del 5% del costo del medicamento
  - – *o* – $3.70 para un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y $9.20 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

CHRISTUS Health Plan Generations ofrece un beneficio de farmacia de venta libre además de los beneficios de la Parte D que se describen en este capítulo. Este beneficio permite hasta $50 cada 3 meses para medicamentos de venta libre incluidos en el Formulario de Medicamentos de Venta Libre de CHRISTUS Health Plan Generations.

Cómo pedir medicamentos de venta libre:

Usted puede obtener su beneficio de medicamentos de venta libre de la manera que se indica a continuación cada trimestre. Su pedido se enviará directamente a su puerta.

1. Usted puede hacer un pedido en línea al usar su sitio web de CHRISTUS Health Plan OTC en www.christushealthplanotc.com .
2. Usted puede hacer un pedido al enviar por correo la forma de pedido que viene con su catálogo.
3. Si usted tiene preguntas o le gustaría hacer un pedido por teléfono, OTC Advocates están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. hora del Este (EST) al 1-877-906-0738 (TTY: 711).

	Periodo de tiempo	Plazo de entrega	Límite
Trimestre 1	Enero a marzo de 2020	30 de abril de 2020	$50
Trimestre 2	Abril a junio de 2020	30 de julio de 2020	$50
Trimestre 3	Julio a septiembre de 2020	30 de octubre de 2020	$50
Trimestre 4	Octubre a diciembre de 2020	30 de enero de 2021	$50

SECCIÓN 9 Lo que usted pague para vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtenga

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de vacuna de la Parte D en sí y para el costo de su administración de la vacuna

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideren como beneficios médicos. Usted puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas al ir a la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **su administración de la vacuna**. (Esto a veces se le llama la "administración" de la vacuna).

¿Cuánto paga para una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga para una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para lo que se le vacuna).
    - Algunas vacunas se consideran como beneficios médicos. Usted puede averiguar sobre su cobertura para estas vacunas al ir al Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted).*
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtenga el medicamento de vacuna.**
3. **Quién le administre la vacuna**

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando usted obtenga su vacuna, tendrá que pagar el costo total tanto para el medicamento de vacuna como para la administración de la vacuna. Usted puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra participación en el costo.
- En otras ocasiones, cuando usted reciba el medicamento de vacuna, solo pagará su participación en el costo.

Con el fin de mostrarle cómo funciona esto, estas son tres maneras comunes en las que usted podría obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de Deducible y la Etapa de Periodo sin Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Si usted tiene esta opción depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su coaseguro o copago para la vacuna y el costo de su administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtenga la vacuna, usted pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces usted puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra participación en el costo al usar los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación de una factura que usted ha recibido para servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- A usted se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coaseguro o copago normal para la vacuna (incluida su administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia, y después la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su coaseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará todo el costo de este servicio. Entonces usted puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra participación en el costo al usar los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- A usted se le reembolsará la cantidad que cobre el médico para la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Usted puede querer llamarnos a Servicios a Miembros antes de obtener una vacuna

Las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios a Miembros cada vez que planee obtener una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos decirle cómo se cubre su vacuna en nuestro plan y explicarle su participación en el costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajo su propio costo al usar proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si usted no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos decirle qué necesita hacer para que le paguemos nuestra participación en el costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 154

Sección 1.1 Si usted paga nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos del plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago 154

SECCIÓN 2 ¿Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted ha recibido 156

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 156

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no 157

Sección 3.1 Verificamos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos 157

Sección 3.2 Si le decimos que no pagaremos todo o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación 158

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarnos copias 158

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo para medicamentos 158

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe solicitarnos que paguemos nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra participación en el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos del plan, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando usted obtiene atención médica o un medicamento recetado, puede necesitar pagar el costo total de inmediato. En otras ocasiones, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, usted puede solicitarle a nuestro plan que le pague (pagarle a usted con frecuencia se llama "reembolsar" a usted). Es su derecho que nuestro plan le reembolse siempre que usted haya pagado más de su participación en el costo de servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan.

También puede haber ocasiones en las que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que usted ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, pagaremos al proveedor en forma directa.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las usted puede necesitar solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando usted ha recibido atención médica de emergencia o urgente necesaria de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea o no parte de nuestra red. Cuando usted recibe servicios de emergencia o urgentes necesarios de un proveedor que no es parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su participación en el costo, no el costo total. Usted debe solicitarle al proveedor que le facture al plan por nuestra participación en el costo.

- Si usted paga la cantidad total en el momento en que reciba la atención, necesita solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en el costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que usted haya hecho.
- En ocasiones, usted puede recibir una factura del proveedor solicitándole un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que usted ya haya hecho.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos al proveedor en forma directa.
    - Si usted ya ha pagado más de su participación en el costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra participación en el costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted su participación en el costo. Aunque en ocasiones cometen errores y le solicitan a usted que pague más de su participación.

- Usted solo tiene que pagar la cantidad de su participación en los costos cuando obtiene servicios que cubre nuestro plan. No le permitimos a los proveedores sumar cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación de r saldos". Esta protección (para que usted nunca pague más de la cantidad de su participación en los costos) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos al proveedor. Con el fin de obtener más información sobre la "facturación de saldos", vaya al Capítulo 4, Sección 1.3.
- Cada vez que usted reciba una factura de un proveedor de la red que piense que es por más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Contactaremos al proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero siente que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba bajo el plan.

3. Si usted está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año anterior).

Si usted se inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y pagó del bolsillo para cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, usted puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra participación en los costos. Usted necesitará entregarnos la documentación para que manejemos el reembolso.

Por favor, llame a Servicios a Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el pago y acerca de los plazos para hacer su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en unas cuantas situaciones especiales. Por favor, vaya al Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra participación en el costo.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

Si usted no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted puede necesitar pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra participación en el costo.

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

Usted puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no se cubre por alguna razón.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no piensa que se debería aplicar a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, puede necesitar pagar el costo completo de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra participación en el costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 ¿Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que usted haya hecho. Es una buena idea sacar una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

Con el fin de asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestra forma de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- Usted no tiene que usar la forma, aunque nos ayudará a procesar la información con más rapidez.
- Descargue una copia de la forma de nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros y solicite la forma. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Reclamaciones Médicas:
CHRISTUS Health Plan
A la atención de: Reclamaciones
P.O. Box 981651
El Paso, TX 79998-1651

Reclamaciones de Medicamentos:
Express Scripts
A la atención de: Reclamaciones de la Parte D de Medicare
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512

Usted debe enviarnos su reclamación en el plazo de un año a partir de la fecha en que usted recibió el servicio, artículo o medicamento.

Contacte a Servicios a Miembros si usted tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. Usted también puede llamar si quiere darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no

Sección 3.1 Verificamos para ver si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos cualquier información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento se cubre y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra participación en el costo. Si usted ya ha pagado para el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra participación en el costo. Si usted aún no ha pagado para el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que usted necesita seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que usted necesita seguir para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* se cubre, o usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra participación en el costo. En lugar de esto, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que usted ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Con el fin de obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este folleto *(Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas))*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para las decisiones sobre cobertura y las apelaciones , además de que da definiciones de términos como "apelación". Entonces, después de que haya leído la sección 4, usted podrá ir a la sección del Capítulo 9 que dice qué hacer para su situación:

- Si usted desea presentar una apelación para que le reembolsen por un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si usted quiere presentar una apelación para que le reembolsen por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo para medicamentos

Hay algunas situaciones en las que usted debe informarnos sobre los pagos que ha hecho para sus medicamentos. En estos casos, no nos está pidiendo el pago. En lugar de esto, nos dice sobre sus pagos para que podamos calcular de manera correcta sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la Etapa de Cobertura de Catástrofes con más rapidez.

Estas son dos situaciones en las que usted debe enviarnos copias de recibos para informarnos sobre los pagos que ha hecho para sus medicamentos:

1. Cuando usted compra el medicamento por un precio que es más bajo que nuestro precio

En ocasiones, cuando usted está en la Etapa de Deducible y la Etapa de Periodo sin Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio que es más bajo que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento que esté fuera de nuestro beneficio que ofrezca un precio más bajo.

- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten con el fin de que usted califique para la Etapa de Cobertura de Catástrofes.
- **Por favor, tenga en cuenta:** Si usted está en la Etapa de Deducible y la Etapa de Periodo sin Cobertura, no pagaremos ninguna participación en estos costos de medicamentos. Aunque enviar una copia del recibo nos permite calcular sus gastos de bolsillo de manera correcta y le puede ayudar a calificar para la Etapa de Cobertura de Catástrofes con más rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrezca un fabricante de medicamentos, puede hacer un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de bolsillo cuenten con el fin de que usted califique para la Etapa de Cobertura de Catástrofes.
- **Por favor, tenga en cuenta:** Debido a que usted está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna participación de estos costos de medicamentos. Aunque enviar una copia del recibo nos permite calcular sus gastos de bolsillo de manera correcta y le puede ayudar a calificar para la Etapa de Cobertura de Catástrofes con más rapidez.

Dado que usted no está solicitando un pago en los dos casos que se describen antes, estas situaciones no se consideran decisiones sobre cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 162

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.) 162

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso a sus servicios y medicamentos cubiertos de manera oportuna 163

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 163

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 164

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención 165

Sección 1.6 Usted tiene el derecho de presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 167

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer usted si cree que se le está tratando de manera injusta o que sus derechos no se están respetando? 168

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 168

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 169

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 169

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Con el fin de obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos darle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin ningún costo si la necesita. Se nos requiere que le demos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Con el fin de obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una queja ante Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o usted puede contactar a Servicios a Miembros para obtener información adicional.

Debemos proporcionarle información de una manera adecuada para usted (en otros idiomas distintos del inglés o en otros formatos alternativos, etc.)

Con el fin de obtener información de una manera que funcione mejor para usted, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. Asimismo, le podemos brindar información en Braille, en letra grande o en formatos alternativos sin ningún costo si la necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted. Con el fin de obtener información de nosotros de una manera que le resulte útil, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si usted tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame a Servicios a Miembros para presentar una queja (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también puede presentar una queja ante Medicare al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo; si usted necesita información adicional también puede contactar a Servicios a Miembros.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso a sus servicios y medicamentos cubiertos de manera oportuna

Como miembro de nuestro plan, usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y organice sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios a Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también tiene el derecho de ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Como miembro del plan, usted tiene el derecho de obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios de especialistas de manera oportuna cuando usted necesite esa atención. También tiene el derecho de que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si usted piensa que no está obteniendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un lapso de tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10, de este folleto le dice qué puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura para su atención médica o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 dice qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal conforme lo requieren estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se usa su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado "Aviso de Práctica de Privacidad", que le dice sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si damos su información médica a alguien que no está proporcionando ni pagando su atención, , *se nos requiere obtener primero el permiso de usted por escrito.* El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le ha dado un poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones se permiten o requieren por ley.
    - Por ejemplo, se nos requiere divulgar información médica a agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de la atención.

- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere darle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con los demás

Usted tiene el derecho de ver sus expedientes médicos que tiene el plan y de obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle una tarifa por emitir copias. Usted también tiene el derecho de solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si usted nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene el derecho de saber cómo se ha compartido su información médica con los demás para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, usted tiene el derecho de obtener varios tipos de información de nosotros. (Como se explicó antes en la Sección 1.1, usted tiene el derecho de obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si usted quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones que han presentado los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, incluyendo cómo lo han calificado los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene el derecho de obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Con el fin de obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias.*

- Con el fin de obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, usted puede llamar a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que usted debe seguir cuando use su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos se cubren para usted, cualquier restricción de su cobertura y qué reglas debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
  - Con el fin de obtener los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, le dicen qué medicamentos se cubren y explican las reglas que usted debe seguir y las restricciones en su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si usted tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no se cubre y qué puede hacer usted al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no se cubre para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, usted puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos acerca de qué atención médica o medicamento de la Parte D se cubre para usted, tiene el derecho de solicitarnos que cambiemos la decisión. Usted puede solicitarnos que cambiemos la decisión al presentar una apelación. Con el fin de obtener detalles sobre qué hacer si algo no se cubre para usted de la manera en que usted piensa que se debería cubrir, vea el Capítulo 9 de este folleto. Le da los detalles sobre cómo presentar una apelación si usted quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también dice cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea solicitarle a nuestro plan que pague nuestra participación de una factura que usted haya recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, vea el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Usted tiene el derecho de obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

Usted también tiene el derecho de participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Con el fin de ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho de que se le diga sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar cuánto cuesten o si las cubre nuestro plan. También incluye que se le diga sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a manejar y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho de que le digan sobre cualquier riesgo que se relacione con su atención. A usted se le debe decir con anticipación si cualquier atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho de decir "no"**. Usted tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. Usted también tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta la responsabilidad completa de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si se le niega cobertura para atención.** Usted tiene el derecho de recibir una explicación de nosotros si un proveedor le ha negado la atención que usted cree que debe recibir. Con el fin de recibir esta explicación, usted necesitará solicitarnos una decisión sobre cobertura. El Capítulo 9 de este folleto dice cómo solicitar al plan una decisión sobre cobertura.

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas se tornan incapaces para tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene el derecho de decir qué quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si usted lo quiere*, puede:

- Llenar una forma por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez usted se torna incapaz para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle a sus médicos sus instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar sus instrucciones con anticipación en estas situaciones se llaman "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados "**voluntad en vida**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si usted quiere usar "instrucciones anticipadas" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Consiga la forma.** Si usted quiere tener instrucciones anticipadas, puede obtener una forma con su abogado, un trabajador social o alguna tienda de suministros para oficina. En ocasiones, usted puede obtener formas de instrucciones anticipadas de organizaciones que dan a las personas información sobre Medicare. Usted también puede contactar a Servicios a Miembros para solicitar las formas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Llénela y fírmela.** Independientemente de dónde obtenga esta forma, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe considerar contar con la ayuda de un abogado para prepararla.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Usted debe darle una copia de la forma a su médico y a la persona a quien nombre en la forma como la que debe tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Usted puede querer dar algunas copias a sus amigos cercanos o familiares también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si usted sabe con anticipación que le van a hospitalizar, y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital**.

- Si a usted se le interna en el hospital, le preguntarán si ha firmado una forma de instrucciones anticipadas y si la lleva consigo.
- Si usted no ha firmado una forma de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formas disponibles y le preguntará si quiere firmar una.

Recuerde que es su elección si quiere llenar instrucciones anticipadas (incluido si quiere firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle su atención ni discriminarle con base en si ha firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja ante la Oficina de Gestión de Incidentes del Departamento de Salud de Nuevo México.

Sección 1.6 Usted tiene el derecho de presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si usted tiene algún problema o inquietud acerca de los servicios o la atención que se cubren, el Capítulo 9 de este folleto dice qué puede hacer. Le da los detalles sobre cómo abordar todo tipo de problemas y quejas. Lo que usted necesita hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Usted podría necesitar solicitarle a nuestro plan que tome una decisión sobre cobertura por usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que usted haga –solicitar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación o presentar una queja –, **se nos requiere que le tratemos de manera justa**.

Usted tiene el derecho de obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Con el fin de obtener esta información, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer usted si cree que se le está tratando de manera injusta o que sus derechos no se están respetando?

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

Si usted cree que se le ha tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697, o bien llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si usted cree que le han tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema que está teniendo:

- Usted puede **llamar a Servicios a Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Usted puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Con el fin de obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O **usted puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde usted puede obtener más información sobre sus derechos:

- Usted puede **llamar a Servicios a Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Usted Puede **llamar al SHIP**. Con el fin de obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Usted puede contactar a **Medicare**.
    - Usted puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O bien, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se enumeran las cosas que usted debe hacer como miembro del plan. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que usted debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este folleto de *Evidencia de Cobertura* para conocer qué se cubre para usted y las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido qué se cubre, qué no se cubre, las reglas a seguir y qué paga usted.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- Si usted tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, se le requiere que nos diga. Por favor, llame a Servicios a Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
    - Se nos requiere seguir las reglas que establece Medicare para asegurarnos de que usted está usando toda su cobertura en combinación cuando recibe servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Con el fin de obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, vaya al Capítulo 1, Sección 10).
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que usted obtenga su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden a usted al darles información, hacer preguntas y dar seguimiento de su atención.
    - Con el fin de ayudar a sus médicos y a otros proveedores médicos a brindarle a usted la mejor atención, aprenda tanto como pueda sobre sus problemas médicos y deles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan de todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si usted tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Usted debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para la Parte B de Medicare con el fin de seguir siendo miembros del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos que cubre el plan, usted debe pagar su participación en el costo cuando obtenga el servicio o medicamento. Este será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 doce qué debe pagar usted para sus servicios médicos. El Capítulo 6 dice qué debe pagar usted para sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si usted obtiene algún servicio médico o medicamentos que no cubra nuestro plan ni por otro seguro que usted pueda tener, debe pagar el costo total.
        - Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar cobertura para un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Por favor, vea el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
    - Si a usted se le requiere pagar una penalización por inscripción tardía, debe pagar la penalización a fin de conservar su cobertura de medicamentos recetados.
    - Si a usted se le requiere pagar la cantidad extra para la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo diga de inmediato. Llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 dice sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si usted deja nuestra área de servicio, tendrá un Periodo de Inscripción Especial en el que podrá unirse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
    - **Si usted se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo** para que podamos mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo contactarle.
    - Si usted se muda, también es importante decírselo a Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios a Miembros para obtener ayuda si usted tiene preguntas o inquietudes.** También agradecemos cualquier sugerencia que usted pueda tener para mejorar nuestro plan.
    - Los números de teléfono y el horario para llamar a Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
    - Con el fin de obtener más información sobre cómo contactarnos, incluida nuestra dirección postal, por favor vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción ... 176
Sección 1.1 Qué hacer si usted tiene un problema o una inquietud ... 176
Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales? ... 176

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros ... 177
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 177

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar usted para abordar su problema? ... 177
Sección 3.1 ¿Debe usted usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas? ... 177

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES ... 178

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos de decisiones sobre cobertura y apelaciones ... 178
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones: el panorama general ... 178
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando usted solicita una decisión sobre cobertura o presenta una apelación ... 179
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles para su situación? ... 180

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación ... 181
Sección 5.1 Esta sección dice qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si usted quiere que le reembolsemos nuestra participación en el costo de su atención ... 181
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere) ... 182
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión sobre cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) ... 186
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 ... 189
Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra participación en una factura que recibió por atención médica? ... 191

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación 192

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D 192

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 194

Sección 6.3 Cosas importantes que usted debe saber sobre la solicitud de excepciones 196

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción 197

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión sobre cobertura que tomó nuestro plan) 200

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 202

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia de paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto 205

Sección 7.1 Durante su estancia como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le dice sobre sus derechos 205

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 206

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 209

Sección 7.4 ¿Qué pasa si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1? 210

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura se está terminando demasiado pronto 213

Sección 8.1 *Esta sección es solo sobre tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) .. 213

Sección 8.2 Le diremos con anticipación cuándo se estará terminando su cobertura 214

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 214

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 217

Sección 8.5 ¿Qué pasa si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1? 218

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más arriba 221
Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos 221
Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 222

CÓMO PRESENTAR DE QUEJAS 224

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes. 224
Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas? 224
Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un reclamo” 226
Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 226
Sección 10.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 227
Sección 10.5 Usted también puede decirle a Medicare sobre su queja 228

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si usted tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Con el fin de asegurar la justicia y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

¿Cuál debo usar? Esto depende del tipo de problema que usted tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a usar.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, 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.

Con el fin de simplificar, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales al usar palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo; este capítulo por lo general dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una querella”, “decisión sobre cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o bien “determinación en riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil – y en ocasiones muy importante – que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que esté. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando aborde su problema y a obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Con el fin de ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos de situaciones específicos.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces puede ser confuso comenzar o seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no está relacionado con nosotros. Usted siempre puede contactar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico **(SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a abogados en cada estado. El programa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Los abogados de este programa le pueden ayudar a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que usted tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los abogados del SHIP son gratuitos. Usted encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto.

Usted también puede obtener ayuda e información de Medicare

Con el fin de obtener más información y ayuda para manejar un problema, usted también puede contactar a Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar usted para abordar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usted usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

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

Con el fin de averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud en específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o su inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica en particular o los medicamentos recetados se cubren o no, la manera en que se cubren y los problemas relacionados con el pago para la atención médica o de los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para los aspectos básicos de decisiones sobre cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos de decisiones sobre cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para cuestiones como si algo se cubre o no y la manera en que algo se cubre.

Cómo solicitar decisiones sobre cobertura

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos para sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión sobre cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red le remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión sobre cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar la atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre cobertura para usted.

Tomamos una decisión sobre cobertura para usted cuando decidimos qué se cubre para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no se cubre o ya no lo cubre Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión sobre cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre cobertura que tomamos para verificar y ver si estuvimos siguiendo todas las reglas de manera apropiada. Su apelación la manejan revisores diferentes de aquellos que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos concluido la revisión, le daremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una "decisión sobre cobertura rápida" o expedita, o una apelación rápida de una decisión sobre cobertura.

Si decimos que no para una parte o todo de su Apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la conduce una Organización de Revisión Independiente que no se relaciona con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted necesitará solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles de apelación adicionales.

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

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que usted puede desear usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre cobertura o apelar una decisión:

- Usted puede **llamarnos a Servicios a Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Usted puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
    - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Con el fin de solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, a su médico se le debe designar como su representante.

- Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador puede solicitar una decisión sobre cobertura o una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Con el fin de solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, a su médico u otro recetador se le debe designar como su representante.

- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si usted quiere, puede nombrar a otra persona a fin de que actúe para usted como su "representante" para solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
  - Si usted quiere que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite una forma de "Nombramiento de representante". (La forma también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.) La forma le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. La deben firmar usted y la persona que a usted le gustaría que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia de la forma firmada.

- **Usted también tiene el derecho de contratar a un abogado a fin de que actúe para usted.** Usted puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **a usted no se le requiere contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones. Puesto que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles para cada una en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una estancia de paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura se está terminando demasiado pronto" (*Solo se aplica 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 usted no está seguro de qué sección debe usar, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Usted también puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto contiene los números de teléfono de este programa).

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

¿Ha leído usted la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los aspectos básicos de decisiones sobre cobertura y apelaciones*)? Si no es así, usted puede querer leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección dice qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si usted quiere que le reembolsemos nuestra participación en el costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios para atención médica y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted*). Con el fin de simplificar, por lo general nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección en lugar de repetir "atención médica o tratamiento médico o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

Esta sección dice qué puede hacer usted si está en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no está obteniendo cierta atención médica que quiere, y usted cree que esta atención se cubre en nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere darle, y usted cree que esta atención se cubre en el plan.
3. Usted ha recibido atención médica que usted cree que se debería cubrir en el plan, pero nosotros hemos dicho que no pagaremos esta atención.
4. Usted ha recibido y pagado atención médica que usted cree que se debería cubrir en el plan, y usted quiere solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención.
5. Se le dice que la cobertura para cierta atención médica que usted ha estado obteniendo, y que de manera previa aprobamos, se reducirá o detendrá, y usted cree que reducir o detener esta atención podría dañar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se detendrá es para atención en el hospital, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**, usted

necesita leer una sección independiente de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto es lo que usted debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos que cubramos una estancia de paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura se está terminando demasiado pronto.* Esta sección es solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un CORF.

Para *todas las demás* situaciones que impliquen que se le diga que la atención médica que ha estado obteniendo se detendrá, use esta sección (Sección 5) como su guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que usted puede hacer:
Con el fin de averiguar si cubriremos la atención médica que quiere.	Usted puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**.
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted quiere que se cubra o se pague.	Usted puede presentar una **apelación**. (Esto significa que usted nos está solicitando que reconsideremos). Salte a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si usted desea solicitarnos que le reembolsemos por la atención médica que usted ya ha recibido y pagado.	Usted puede enviarnos la factura. Salte a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere)

Términos Legales
Cuando una decisión sobre cobertura implica su atención médica, se llama **"determinación de la organización".**

<u>Paso 1:</u> Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión sobre cobertura para la atención médica que está requiriendo. Si por su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una **"decisión sobre cobertura rápida".**

Términos Legales
Una "decisión sobre cobertura rápida" se llama **"determinación expedita"**.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que usted quiere

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan con el fin de hacer su solicitud para que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que usted quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Con el fin de obtener los detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos cuando usted está solicitando una decisión sobre cobertura para su atención médica*.

Por lo general usamos los plazos estándar para darle nuestra decisión

Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". **Una decisión sobre cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** posteriores a que recibamos su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** para una solicitud de **un artículo o servicio médico**, **nos puede llevar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle a usted. Si decidimos usar días extra para tomar a una decisión, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos usar días extra, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de usar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones. Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión sobre cobertura rápida"

- **Una decisión sobre cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
    - **Sin embargo,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico nos puede llevar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta alguna información que pueda beneficiarle a usted (como expedientes médicos de

proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos usar días extra, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si usted cree que *no* debemos usar días extra, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de usar días extra. (Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto tomemos una decisión.

- **Con el fin de obtener una decisión sobre cobertura rápida**, **usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida *solo* si usted está solicitando cobertura para atención médica *que usted aún no ha recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago para atención médica que usted ya recibió).
  - Usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida *solo* si usar los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión sobre cobertura rápida"**, **acordaremos en forma automática darle una decisión sobre cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión sobre cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión sobre cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión sobre cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo diga (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta le dirá que si su médico solicita la decisión sobre cobertura rápida, en forma automática le daremos una decisión sobre cobertura rápida.
  - La carta también le dirá cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de la decisión sobre cobertura rápida que usted solicitó. (Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión sobre cobertura rápida"

- Por lo general, para una decisión sobre cobertura rápida para una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.

- Como se explicó antes, nos puede llevar hasta 14 días calendario más bajo ciertas circunstancias. Si decidimos usar días extra para tomar la decisión sobre cobertura, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos usar días extra, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de usar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay una prórroga, al final de la misma), o en 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a apelar. La sección 5.3 a continuación dice cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del porqué dijimos que no.

Plazos para una "decisión sobre cobertura estándar"

- Por lo general, para una decisión sobre cobertura estándar para una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para una solicitud de un artículo o servicio médico, nos puede llevar hasta 14 días calendario más ("un periodo de tiempo extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos usar días extra para tomar la decisión sobre cobertura, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* debemos usar días extra, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de usar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un periodo de tiempo extendido, al final de ese periodo), o en 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene el derecho de apelar. La sección 5.3 a continuación dice cómo presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si decimos que no para su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos – y quizá cambiemos – esta decisión al presentar una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento por obtener la cobertura de atención médica que usted quiere.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión sobre cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos Legales
Una apelación al plan de una decisión sobre cobertura de atención médica se llama **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **A fin de iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe contactarnos.** Con el fin de obtener detalles sobre cómo contactarnos con cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si usted solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito al enviar una solicitud.**
    - Si usted tiene a alguien que apele nuestra decisión en su nombre que no sea su médico, su apelación debe incluir una forma de Nombramiento de Representante que autorice a esta persona a representarle. Con el fin de obtener la forma, llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite la forma de "Nombramiento de Representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin la forma, no podemos comenzar ni concluir nuestra revisión sino hasta que la recibamos. Si no recibimos la forma dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimará. 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.

- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito ollámenos** al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para decirle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre cobertura. Si usted no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique la razón por la que su apelación es tardía cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas justificadas para no cumplir con el plazo pueden incluir si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
    - Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de la información relativa a su apelación.
    - Si usted lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (usted puede hacer una solicitud al llamarnos)

Términos Legales
Una "apelación rápida" también se llama **"reconsideración expedita"**.

- Si usted está apelando una decisión sobre cobertura que tomamos para atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico necesitarán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión sobre cobertura rápida". A fin de solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión sobre cobertura rápida. (Estas instrucciones se dan antes en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

<u>Paso 2:</u> Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos con cuidado una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si estuvimos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.

- Reuniremos más información si la necesitamos. Es posible que le contactemos a usted o a su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
    - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle a usted, **nos podemos llevar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos usar días extra para tomar a una decisión, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del periodo de tiempo extendido si usamos días extra), se nos requiere enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le decimos sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta para la solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es sobre cobertura para servicios que usted aún no ha recibido. 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 nuestra decisión antes si su condición médica requiere que lo hagamos.
    - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle a usted, **nos podemos llevar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos usar días extra para tomar a una decisión, se lo diremos por escrito. No podemos usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si usted cree que *no* debemos usar días extra, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de usar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta antes del plazo aplicable antes mencionado (o al final del periodo de tiempo extendido si usamos días extra para su solicitud de un artículo o servicio médico), se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos de esta organización de revisión y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es que sí para a una parte o todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan dice que no para una parte o toda su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de que estuvimos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **se nos requiere enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no para su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se llama la **"IRE".**

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no se relaciona con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama "expediente de caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente de caso**.

- Usted tiene el derecho de proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Si usted tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si usted tuvo una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle a usted, **se puede llevar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede usar tiempo extra para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si usted tuvo una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. 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** a partir de que reciba 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** a partir de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle a usted, **se puede llevar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede usar tiempo extra 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 dirá su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión dice que sí para una parte o todo de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.
- **Si la organización de revisión dice que sí auna parte o todo de la solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro delas **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar** o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes expeditas**.

- **Si esta organización dice que no para una parte o todo de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama "mantener la decisión"). También se llama "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe cumplir con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le dice cómo averiguar la cantidad en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 se rechaza y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que usted recibe después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra participación en una factura que recibió por atención médica?

Si usted quiere solicitarnos un pago para atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso o pago para una factura que recibió de un proveedor. También dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión sobre cobertura de nosotros.

Si usted nos envía la documentación que solicita un reembolso, nos solicita que tomemos una decisión sobre cobertura (con el fin de obtener más información acerca de decisiones sobre cobertura, vea la Sección 4.1 de este capítulo). A fin de tomar esta decisión sobre cobertura, verificaremos para ver si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted)*). También verificaremos para ver si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se dan en el Capítulo 3 de este folleto: *Uso de cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Diremos que sí o que no a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó se cubre y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra participación en el costo de su atención médica dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O bien, si usted no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de una decisión sobre cobertura).
- Si la atención médica *no* se cubre o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos los servicios y las razones del porqué en detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no para su solicitud de decisión sobre cobertura).

¿Qué pasa si usted solicita un pago y nosotros decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión sobre cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

A fin de presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando usted siga estas instrucciones, por favor tenga en cuenta:

- Si usted presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de que recibamos su apelación. (Si usted nos pide un reembolso de atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que sí en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído usted la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los aspectos básicos de decisiones sobre cobertura y apelaciones*)? Si no es así, usted puede querer leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Por favor, consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Con el fin de que se cubra, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos o que respaldan ciertos libros de referencia. Vea

el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección es solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Con el fin de simplificar, por lo general decimos "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" cada vez.
- A fin de obtener detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y las restricciones de cobertura, así como la información sobre costos, vea el Capítulo 5 (*Uso de cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga para sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones sobre cobertura de la Parte D y apelaciones

Conforme se analiza en la Sección 4 de este capítulo, una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos para sus medicamentos.

Términos Legales
Una decisión sobre cobertura inicial para sus medicamentos de la Parte D se llama **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que usted puede solicitarnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted puede solicitarnos que hagamos una excepción, que incluye:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
  - Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que usted puede obtener)
  - Solicitarnos que paguemos una cantidad más baja de la participación en los costos de un medicamento cubierto en un nivel de participación en los costos más alto
- Preguntarnos si un medicamento se cubre para usted y si usted cumple con cualquiera de las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan* (aunque le requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de lo cubramos para usted).
  - *Por favor, tenga en cuenta:* Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión sobre cobertura para pago.

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

Esta sección le dice cómo solicitar decisiones sobre cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que usted puede hacer:
Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Usted puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple con cualquiera de las reglas o restricciones del plan (como obtener la aprobación con anticipación) para el medicamento que necesita.	Usted puede solicitarnos una decisión sobre cobertura. Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si usted quiere solicitarnos que le reembolsemos por un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Usted puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre cobertura). Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.
Si ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted quiere que se cubra o pague.	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que usted nos está solicitando que reconsideremos). Salte a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la manera en que a usted le gustaría que se cubriera, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión sobre cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones sobre cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro recetador necesitará explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador puede solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).*** (La llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar).

Términos Legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos en ocasiones se llama solicitar una **"excepción al formulario".**

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted necesitará pagar la cantidad de la participación en los costos que se aplica a los medicamentos de Nivel 4, el Nivel de Medicamentos No Preferidos. Usted no puede solicitar una excepción a la cantidad del copago o del coaseguro que le requerimos que pague para el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Existen reglas o restricciones extra que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (con el fin de obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos Legales
Solicitar la eliminación de una restricción de la cobertura para un medicamento en ocasiones se llama solicitar una **"excepción al formulario".**

- Las reglas y restricciones extra de la cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
  - *Requerirle que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento con nombre de marca.
  - *Obtener una aprobación del plan con anticipación* a que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto en ocasiones se llama "autorización previa").
  - *Requerirle que pruebe un medicamento diferente primero* antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto en ocasiones se llama "terapia por pasos").
  - *Límites de cantidad*. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede tener.
- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad del copago o del coaseguro que le requerimos que pague para el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de participación en los costos.** Cada medicamento en nuestra Lista de Medicamentos está en uno de cinco niveles de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de participación en los costos, menor será el pago de su participación en el costo del medicamento.

Términos Legales
Solicitar que se pague un precio más bajo para un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se llama solicitar una **"excepción al nivel".**

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos, para tratar su condición médica, que están en un nivel de participación en los costos más bajo que su medicamento, usted puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de participación en los costos que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su participación en el costo del medicamento.

- Si el medicamento que usted está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento con nombre de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas con nombre de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de participación en los costos que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas ya sea con nombre de marca o bien genéricas para tratar su condición.

- Usted no puede solicitarnos que cambiemos el nivel de participación en los costos para ningún medicamento de Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción al nivel y hay más de un nivel de participación en los costos más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, por lo general usted pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Cosas importantes que usted debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

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

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas distintas posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería igual de efectivo que el medicamento que usted está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas médicos, por lo general *no* aprobaremos su solicitud para una excepción. Si usted nos solicita una excepción al nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud para una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el(los) nivel(es)de participación en los costos más bajo(s) no funcionen tan bien para usted o que sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que sí o que no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por los general nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
- Si decimos que no a su solicitud para una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión al presentar una apelación. La Sección 6.5 dice cómo presentar una apelación si decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos solicita que tomemos una decisión sobre cobertura para el(los) medicamento(s) o el pago que usted necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitarnos que tomemos una "decisión sobre cobertura rápida". Usted no puede solicitar una decisión sobre cobertura rápida si nos está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión sobre cobertura que usted quiere.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro recetador) puede hacer esto. Usted también puede acceder al proceso de decisión sobre cobertura a través de nuestro sitio web. Con el fin de obtener los detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre cobertura para sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos pide que le reembolsemos por un medicamento, vaya a la sección llamada *A dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra participación en el costo de la atención médica o de un medicamento que usted ha recibido.*
- **Usted o su médico o alguien más que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión sobre cobertura. La Sección 4 de este capítulo dice cómo usted puede dar permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante. Usted también puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si usted desea solicitarnos que le reembolsemos por un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra participación en una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las usted puede necesitar solicitar un reembolso. También dice cómo enviarnos la documentación donde nos solicita que le reembolsemos nuestra participación en el costo de un medicamento que usted pagó.
- **Si usted solicita una excepción, proporcione la "declaración de apoyo".** Su médico u otro recetador debe darnos las razones médicas para la excepción al medicamento que usted está solicitando. (A esto le llamamos "declaración de apoyo"). Su médico u otro recetador puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro recetador puede decirnos por teléfono y dar seguimiento al enviar por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario. Vea las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en la Forma de Solicitud de Determinación de Cobertura del Modelo CMS o en la forma de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Términos Legales
Una "decisión sobre cobertura rápida" se llama **"determinación de cobertura expedita".**

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión sobre cobertura rápida"

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar" a menos que hayamos acordado usar los plazos "rápidos". Una decisión sobre cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión sobre cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- **Con el fin de obtener una decisión sobre cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
    - Usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida *solo* si solicita un *medicamento que aún no ha recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión sobre cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró).
    - Usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida *solo* si usar los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico u otro recetador nos dice que su salud requiere una "decisión sobre cobertura rápida", automáticamente estaremos de acuerdo en darle una decisión sobre cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión sobre cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro recetador), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión sobre cobertura rápida.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión sobre cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo diga (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro recetador solicita la decisión sobre cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión sobre cobertura rápida.
    - La carta también dirá cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de la decisión sobre cobertura rápida que usted solicitó. Dice cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que usted recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas después de haberla recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones. Con el fin de obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión sobre cobertura rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas**.
    - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 de Apelación.

- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión sobre cobertura estándar" para un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas.**
    - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión sobre cobertura estándar" para el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, también se nos requiere hacer el pago para usted dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si decimos que no para su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene el derecho de solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos – y posiblemente cambiemos – la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión sobre cobertura que tomó nuestro plan)

Términos Legales
Una apelación al plan acerca de una decisión sobre cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Usted nos contacta y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **A fin de iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe contactarnos.**
    - Con el fin de obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web con cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si usted solicita una apelación estándar, presente su apelación al enviar una solicitud por escrito.**
- **Si usted solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en la Forma de Solicitud de Determinación de Cobertura del Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para decirle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre cobertura. Si usted no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causas justificadas para no cumplir con el plazo pueden incluir si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de la información relativa a su apelación.
    - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos Legales
Una "apelación rápida" también se llama "**redeterminación expedita".**

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador necesitarán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para obtener una "decisión sobre cobertura rápida" de la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos con cuidado una vez más toda la información sobre su solicitud para cobertura. Verificamos si estuvimos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que le contactemos a usted o a su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos de esta organización de revisión y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si todavía no ha recibido el medicamento y

su condición médica requiere que lo hagamos. Si usted cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".

- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos de esta organización de revisión y explicamos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**
  - Si aprobamos una solicitud para cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, aunque **a más tardar 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo usted puede apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita el reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días calendario, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos de esta organización de revisión y explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 de Apelación.
- **Si nuestra respuesta es que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, también se nos requiere hacer el pago para usted dentro de los 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no para una parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo usted puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si decimos que no para su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decimos que no para su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa al presentar otra apelación.
- Si usted decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

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

Si decimos que no para su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o continúa al presentar otra apelación. Si usted decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de**

Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se llama la **"IRE".**

Paso 1: Con el fin de presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe contactar a la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no para su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones dirán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir usted y cómo contactar a la organización de revisión.
- Cuando usted presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama "expediente de caso". **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente de caso**.
- Usted tiene el derecho de proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no se relaciona con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le dirá su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

Plazos para "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión está de acuerdo en darle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta para su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Plazos para "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta para su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es para un medicamento que usted aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización de revisión le debe dar una respuesta para su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.
    - **Si la Organización de Revisión Independiente dice que sí para una parte o todo lo que usted solicitó**
        - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud para cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
        - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario después de que recibamos** la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no para su apelación?

Si esta organización dice que no para su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "mantener la decisión"). También se llama "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "mantiene la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, a fin de presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, usted no puede hacer otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted elige si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 se rechaza y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, usted debe decidir si quiere pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que usted recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje. La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia de paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando a usted se le interna en un hospital, tiene el derecho de recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Con el fin de obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en hospital, incluida cualquier limitación en esta cobertura, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted)*.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que usted salga del hospital. También ayudarán a organizar la atención que usted pueda necesitar después de que salga.

- El día que usted sale del hospital se llama "**fecha de alta**".
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted piensa que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más prolongada y su solicitud se considerará. Esta sección le dice cómo solicitarlo.

Sección 7.1 Durante su estancia como paciente hospitalizado, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le dice sobre sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Toda persona que tiene Medicare recibe una copia de este aviso cada vez que se le interna en un hospital. Una persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o un(a) enfermero(a)) debe dárselo en un plazo de dos días después de que se le interne. Si usted no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si usted necesita ayuda, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso con cuidado y haga preguntas si no lo entiende.** Le dice sobre sus derechos como paciente del hospital, los cuales incluyen:
   - Su derecho de recibir servicios que cubre Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho de participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital, así como su derecho de saber quién la pagará.
   - Dónde reportar cualquier inquietud que usted tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.

- Su derecho de apelar la decisión de su alta si usted piensa que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos Legales
El aviso por escrito de Medicare le dice cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una postergación de su fecha de alta para que cubramos su atención en el hospital durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le dice cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **A usted se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que usted lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - A usted o a la persona que actúe en su nombre se le solicitará que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo dice cómo usted puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso para tener a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si usted firma el aviso más de dos días antes del día en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que se le programe para darle de alta.
   - A fin de ver una copia de este aviso con anticipación, usted puede llamar a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea solicitar que cubramos sus servicios para paciente hospitalizado durante más tiempo, necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que empiece, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer.

- **Pida ayuda si la necesita**. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica para ver si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Usted debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para personas con Medicare.

¿Cómo puede usted contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le dice cómo contactar a esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe con rapidez:

- A fin de presentar su apelación, usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.** (Su "fecha de alta planificada" es la fecha que se ha establecido para que usted salga del hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagarlo* mientras espera para obtener la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - Si usted *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *usted puede tener que pagar todos los costos* de la atención en el hospital que usted reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si usted no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aun así desea apelar, en su lugar debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Con el fin de obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, vea la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted solicita a la organización que use los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

Términos Legales
Una "**revisión rápida**" también se llama "**revisión inmediata**" o "**revisión expedita**".

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura para los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, aunque puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes de mediodía del día posterior a que los revisores le hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que le da su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en esa fecha.

Términos Legales
Esta explicación por escrito se llama "**Aviso de Alta Detallado**". Usted puede obtener una muestra de este aviso al llamar a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien usted puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

¿Qué sucede si la respuesta es que sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí* para su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios para pacientes hospitalizadoscubiertos durante el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su participación en los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). De manera adicional, puede haber limitaciones en sus servicios de hospital cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es que no?

- Si la organización de revisión dice que *no* para su apelación, lo que dice es que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de servicios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* para su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **puede tener que pagar el costo total** de la atención en el hospital que usted reciba después de mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha de alta planificada.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted contacta de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que *no* para su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que haya terminado su cobertura para atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán con cuidado una vez más toda la información relacionada con su apelación.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra participación en los costos de la atención en el hospital que usted ha recibido desde mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando la cobertura de su atención para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted debe continuar pagando su participación en los costos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán. Esto se llama "mantener la decisión".
- El aviso que usted reciba le dirá por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es que no, usted necesitará decidir si quiere seguir adelante con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué pasa si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar ante nosotros en su lugar

Conforme se explicó antes en la Sección 7.2, usted debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación de su alta del hospital. ("Con rapidez" significa antes de que usted salga del hospital y a más tardar en su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero). Si usted no cumple con el plazo para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación, al solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos Legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación expedita".**

Paso 1: Contáctenos y solicite una ""revisión rápida"".

- A fin de obtener detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto significa que usted nos solicita que le demos una respuesta al usar los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada, al verificar para ver si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos para ver si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Verificaremos para ver si la decisión sobre cuándo usted debía salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, seguiremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicita una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí para su apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y que seguiremos proporcionando sus servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra participación en los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su participación en los costos y puede haber limitaciones de cobertura que apliquen).
- **Si decimos que no para su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados termina a partir del día en que dijimos que la cobertura terminaría.
    - Si usted permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **usted puede tener que pagar el costo total** de la atención en el hospital que haya recibido después de la fecha de alta planificada.

<u>Paso 4:</u> Si decimos que no para su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de que estuvimos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no para su apelación rápida, **se nos requiere enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que no para su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se llama la **"IRE".**

<u>Paso 1:</u> Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos requiere enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de que le digamos que no para su primera apelación. (Si usted piensa que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo dice cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no se relaciona con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán con cuidado toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización dice que *sí* para su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra participación en los costos de la atención en el hospital que usted haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su participación en los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo en que continuaríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización dice que *no* para su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, la cual maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores dicen que no para su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura se está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección es solo sobre tres servicios:* Atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted obtiene.
- **Atención de enfermería especializada** que usted obtiene como paciente en un centro de enfermería especializada. (A fin de conocer los requisitos para que se considere como un "centro de enfermería especializada", vea el capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que usted obtiene como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) que aprueba Medicare. Por lo general, esto significa que usted obtiene tratamiento para una enfermedad o un accidente, o bien que usted se está recuperando de una operación mayor. (Con el fin de obtener más información sobre este tipo de centro, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted obtiene cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir obteniendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante todo el tiempo en que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Con el fin de obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su participación en los costos y cualquier limitación de cobertura que se pueda aplicar, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué se cubre y qué paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, se nos requiere decirle con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra participación en los costos de su atención.*

Si usted piensa que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le diremos con anticipación cuándo se estará terminando su cobertura

1. **Usted recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - El aviso por escrito le dice la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - El aviso por escrito también dice qué puede hacer si usted quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo terminará su atención y que siga cubriéndola durante un periodo de tiempo más largo.

Términos Legales

Al decirle qué puede hacer usted, el aviso por escrito le dice cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cobertura con relación a cuándo detener su atención. (La sección 8.3 dice cómo usted puede solicitar una apelación rápida).

El aviso por escrito se llama **"Aviso de No Cobertura de Medicare".**

2. **A usted se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - A usted o a la persona que actúe en su nombre se le solicitará que firme el aviso. (La sección 4 dice cómo usted puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con el plan en cuanto a que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si usted quiere solicitarnos que cubramos su atención durante un periodo de tiempo más largo, necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que empiece, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y seguir los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Si usted solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Usted debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede usted contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió le dice cómo contactar a esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debería solicitar usted?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (hacer una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Usted debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su apelación antes de mediodía del día anterior a la fecha efectiva del Aviso de No Cobertura de Medicare.
- Si usted no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, en su lugar debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Con el fin de obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, vea la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura para los servicios debería continuar. Usted no tiene que preparar nada por escrito, aunque puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura para sus servicios.

Términos Legales
Este aviso de explicación se llama **"Explicación de No Cobertura Detallada".**

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le dirán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí para su apelación?

- Si los revisores dicen que *sí* para su apelación, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su participación en los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, es posible que haya limitaciones que se apliquen a sus servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si los revisores dicen que no para su apelación?

- Si los revisores dicen que *no* para su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le hemos dicho.** Dejaremos de pagar nuestra participación en los costos de esta atención en la fecha que se indica en el aviso.
- Si usted decide seguir obteniendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en la que termina su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es que no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* para su Apelación de Nivel 1 – y usted elige continuar obteniendo atención después de que su cobertura de atención haya terminado – entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted elige continuar obteniendo atención después de que su cobertura de atención haya terminado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, o de atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Usted contacta de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *dijo que no para* su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si siguió obteniendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán con cuidado una vez más toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que sí para su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su participación en los costos y puede haber limitaciones de cobertura que apliquen.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le dirá por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 4: Si la respuesta es que no, usted necesitará decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué pasa si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Usted puede apelar ante nosotros en su lugar

Conforme se explicó antes en la Sección 8.3, usted debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si usted no cumple con el plazo para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación, al solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos Legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación expedita".**

Paso 1: Contáctenos y solicite una ""revisión rápida"".

- A fin de obtener detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo contactarnos para presentar una apelación sobre su atención médica*.

- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida"**. Esto significa que usted nos solicita que le demos una respuesta al usar los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura para sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos de nuevo toda la información sobre su caso. Verificamos para ver si estuvimos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha de terminación de la cobertura del plan para los servicios que usted estuvo recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar a fin de darle la respuesta para esta revisión.

Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicita una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí para su apelación rápida**, significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo y que seguiremos proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su participación en los costos y puede haber limitaciones de cobertura que apliquen).
- **Si decimos que no para su apelación rápida**, entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna participación en los costos después de esta fecha.
- Si usted siguió obteniendo atención médica a domicilio, o atención en un centro 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 terminaría, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si decimos que no para su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de que estuvimos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no para su apelación rápida, **se nos requiere enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que usted pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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 cuando dijimos que no para su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos Legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** En ocasiones se llama la **"IRE".**

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Se nos requiere enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de que le digamos que no para su primera apelación. (Si usted piensa que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo dice cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no se relaciona con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice que sí para su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra participación en los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos seguir cubriendo la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su participación en los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo en que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* para su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó para su primera apelación y que no la cambiará.
    - El aviso que usted reciba de la Organización de Revisión Independiente le dirá por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen que no para su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado de arbitraje revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo dice más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más arriba

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas se han rechazado.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a otros niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al del nivel mínimo, usted no podrá apelar más allá. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que usted reciba para su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado de arbitraje dicen que sí para su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado** – Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado de arbitraje.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con cualquier documentos complementario. Podemos esperar la decisión para la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado de arbitraje dice que no para su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado**.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
- Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado de arbitraje dice que no para su apelación, el aviso que usted reciba le dirá qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es que sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para revisar una decisión favorable sobre una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado** - Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5. A diferencia de una decisión de nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable a usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de la recepción de la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es que no, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado**.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no para su apelación, el aviso que usted recibe le dirá si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si usted elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas se han rechazado.

Si el valor del medicamento que usted haya apelado alcanza una cierta cantidad de dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor, usted no podrá apelar más. La respuesta por escrito que usted reciba para su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es que sí, el proceso de apelación ha terminado**. Lo que usted solicitó en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que haya aprobado el Juez de Derecho Administrativo o el abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es que no, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado** .
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
    - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado de arbitraje dice que no para su apelación, el aviso que usted reciba le dirá qué hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es que sí, el proceso de apelación ha terminado**. Lo que usted solicitó en la apelación se ha aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que haya aprobado el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es que no, el proceso de apelaciones *puede o no haber* terminado** .
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
    - Si usted no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no para su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso que usted reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si usted elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.

Si su problema es sobre decisiones relacionadas con los beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, usted necesita usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que usted recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está contento con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Cree que alguien no ha respetado su derecho de privacidad o que compartió información que usted siente que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está contento con el trato que le han dado nuestros Servicios a Miembros? • ¿Siente que le están incitando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han tenido esperando demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos? ¿O nuestros Servicios a Miembros u otro personal del plan? ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, al surtir una receta o en la sala de exploración.
Limpieza	• ¿No está contento con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Queja	Ejemplo
Información que usted obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que se nos requiere que le demos? • ¿Piensa que la información por escrito que le hemos dado es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones relativas a decisiones sobre cobertura y apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión sobre cobertura y para presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted va a solicitar una decisión sobre cobertura o a presentar una apelación, use este proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión sobre cobertura o ha presentado una apelación, y piensa que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si usted nos ha solicitado que le demos una "decisión sobre cobertura rápida" o una "apelación rápida" y le hemos dicho que no lo haremos, usted puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión sobre cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, usted puede presentar una queja. • Cuando se revise una decisión sobre cobertura que hayamos tomado y se nos diga que debemos cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, existen plazos que aplican. Si usted piensa que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, se nos requiere remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, usted puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "iniciar un reclamo"

Términos Legales

- Lo que en esta sección se llama **"queja"** también se llama **"reclamo"·.**
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"iniciar un reclamo"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para iniciar un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Contáctenos pronto, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios a Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, Servicios a Miembros le avisará. Llame a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026 para obtener información adicional, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Si usted no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

  Así es como funciona:

  - Una vez que recibamos su queja, CHRISTUS Health Plan Generations le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de (5) días hábiles después de que recibamos su queja. Le notificaremos para avisarle cómo hemos abordado su inquietud en un plazo de treinta (30) días calendario después de que recibamos su queja. En algunos casos, podemos necesitar tiempo adicional para abordar su inquietud. Podemos ampliar el plazo hasta catorce (14) días calendario si usted solicita la extensión, o si justificamos una necesidad de información adicional y la extensión es en su beneficio. Le enviaremos una carta para confirmar la extensión si es necesario.
  - Usted también puede iniciar un reclamo por escrito (puede enviarlo por correo o fax, o bien llevarlo a nuestra oficina; use la información del Capítulo 2, Sección 1, de este folleto). En ciertas circunstancias, usted puede iniciar un reclamo expedito, también conocido como rápido. Usted puede iniciar un reclamo expedito si no aceptamos su solicitud de una reconsideración expedita, también conocida como apelación expedita. Procesaremos y le notificaremos nuestra decisión relacionada con su reclamo a más tardar veinticuatro (24) horas después de que usted haya iniciado el reclamo. Usted también puede iniciar un reclamo si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos una extensión que implique un servicio que usted ha solicitado o una apelación que haya presentado. Debemos abordar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera con base en su estatus de salud, aunque a más tardar 30 días después de recibir su queja.

- Si denegamos su apelación completa o en parte, nuestra decisión por escrito explicará por qué la denegamos y le dirá sobre las opciones de resolución de disputas que usted pueda tener.

- **Ya sea que usted llame o escriba, deberá contactar a Servicios a Miembros de inmediato.** La queja se debe presentar en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema del que desea quejarse.
- **Si usted presenta una queja porque le denegamos su solicitud para una "decisión sobre cobertura rápida" o un "apelación rápida", le daremos automáticamente una "queja rápida".** Si usted tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos Legales
Lo que en esta sección se llama una **"queja rápida"** también se llama una **"reclamo expedito".**

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos usar días extra, se lo diremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con alguna o todas sus quejas o no asumimos la responsabilidad del problema del que usted se está quejando, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esa respuesta. Debemos responder tanto si estamos de acuerdo con la queja como si no.

Sección 10.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Usted puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que ha recibido al usar el proceso paso a paso que se describe antes.

Cuando su queja sea sobre *calidad de la atención*, usted también tiene dos opciones extra:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. Si lo prefiere, usted puede presentar su queja sobre calidad de la atención que ha recibido directamente ante esta organización *(sin* presentar la queja ante nosotros).

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica que paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
- Con el fin de encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, busque en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo**. Si usted lo desea, puede presentar su queja sobre calidad de la atención tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros.

Sección 10.5 Usted también puede decirle a Medicare sobre su queja

Usted puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Plan Generations directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Terminación de su membresía del plan

Capítulo 10. Terminación de su membresía del plan

SECCIÓN 1 Introducción 231
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía de nuestro plan 231

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía de nuestro plan? 231
Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual 231
Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage 232
Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial 233
Sección 2.4 ¿Dónde puede usted obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía? 234

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan? 234
Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía al inscribirse en otro plan 234

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 236
Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted sigue siendo miembro de nuestro plan 236

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations debe terminar su membresía del plan en ciertas situaciones 236
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía del plan? 236
Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón que se relacione con su salud 237
Sección 5.3 Usted tiene el derecho de presentar una queja si terminamos su membresía de nuestro plan 238

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de su membresía de nuestro plan

La terminación de su membresía de CHRISTUS Health Plan Generations puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en que usted puede terminar voluntariamente su membresía del plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía del plan.
    - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva elija usted. La Sección 3 le dice *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero que se nos requiere terminar su membresía. La Sección 5 le dice sobre situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que su membresía termine.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía de nuestro plan?

Usted puede terminar su membresía de nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Periodo de Inscripción Anual y durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede terminar su membresía durante el **Periodo de Inscripción Anual** (también conocido como "Periodo de Inscripción Abierta Anual"). Este es el momento en el que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **¿Cuándo es el Periodo de Inscripción Anual?** Este es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar usted durante el Periodo de Inscripción Anual?** Usted puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan médico de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- *– u –* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - **Si usted recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que usted tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Periodo de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Este es todos los años del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse usted durante el Periodo de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
    - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía del plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de CHRISTUS Health Plan Generations pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Periodo de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa puede contactar al plan, al llamar a Medicare o al visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
    - Por lo general, cuando usted se ha mudado.
    - Si usted tiene Medicaid.
    - Si usted es elegible para "Extra Help" a fin de pagar sus recetas de Medicare.
    - Si violamos nuestro contrato con usted.
    - Si usted recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
    - Si usted se inscribe en el Programa de Atención Integral para la Tercera Edad (PACE).
    - **Nota:** Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le dice más sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **¿Cuándo son los Periodos de Inscripción Especial?** Los periodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** A fin de saber si usted es elegible para un Periodo de Inscripción Especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan médico de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
    - *– u –* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
        - **Si usted recibe "Extra Help" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

      Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Por lo general, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede usted obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Usted puede **llamar a Servicios a Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Usted puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2021***.
    - Todas las personas con Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de su primera inscripción.
    - Usted también puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, usted puede solicitar una copia impresa al llamar a Medicare al número a continuación.
- Usted puede contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted termina su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, con el fin de terminar su membresía de nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (vea la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si usted quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción de nuestro plan. Existen dos maneras en las que usted puede solicitar que se cancele su inscripción:

- Usted puede hacernos una solicitud por escrito. Contacte a Servicios a Miembros si usted necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- -- *o* -- Usted puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si usted cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debería terminar su membresía de nuestro plan.

Si a usted le gustaría cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que usted debe hacer:**
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Su inscripción se cancelará automáticamente del CHRISTUS Health Plan Generations cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción se cancelará automáticamente del CHRISTUS Health Plan Generations cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. o **Nota:** Si usted cancela su inscripción de un plan medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para que se le elimine de la inscripción.** Contacte a Servicios a Miembros si usted necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • Usted también puede contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción se cancelará de CHRISTUS Health Plan Generations cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si usted deja el CHRISTUS Health Plan Generations, puede pasar algún tiempo antes de que su membresía termine y que su nueva cobertura de Medicare entre en efecto. (Vea la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que termine su membresía de nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados solo se cubren si se surten en una farmacia de la red, incluido a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si a usted se le hospitaliza el día en que termina su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que a usted se le dé de alta** (incluso si a usted se le da de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Plan Generations debe terminar su membresía del plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía del plan?

CHRISTUS Health Plan Generations **debe terminar su membresía del plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si usted ya no tiene ni la Parte A y ni la Parte B de Medicare.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si usted se muda o hace un viaje largo, necesita llamar a Servicios a Miembros para averiguar si el lugar al que se va a mudar o viajar está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios a Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si a usted le encarcelan (si va a prisión).
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos ni está presente de manera legal en los Estados Unidos.
- Si usted miente o retiene información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.

- Si de manera intencional usted nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que usted deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si usted se comporta continuamente de manera perturbadora y nos hace difícil proporcionar atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que usted deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que usted deje nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
    - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso lo investigue el Inspector General.
- Si usted no paga las primas del plan durante sesenta días.
    - Debemos notificarle a usted por escrito que tiene sesenta días para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- Si a usted se le requiere que pague la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede usted obtener más información?

Si usted tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

- Usted puede llamar a **Servicios a Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón que se relacione con su salud

CHRISTUS Health Plan Generations no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón que se relacione con su salud.

¿Qué debe hacer usted si esto sucede?

Si usted siente que se le está pidiendo que deje nuestro plan por una razón que se relacione con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene el derecho de presentar una queja si terminamos su membresía de nuestro plan

Si terminamos su membresía de nuestro plan, debemos decirle a usted por escrito nuestras razones para terminar su membresía. También debemos explicarle cómo puede usted iniciar un reclamo o presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Usted puede ver el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente 241

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 241

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 241

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque se requieren por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas bajo la Ley de Seguridad Social a través de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. De manera adicional, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que le protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por razones de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualesquiera otras leyes y reglas que se apliquen por cualquier otra razón.

Si usted quiere más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a su atención, por favor llámenos a Servicios a Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema con el acceso a sillas de ruedas, Servicios a Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del CFR 42, CHRISTUS Health Plan Generations, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las reglamentaciones de los CMS en las subsecciones B a D de la parte 411 del CFR 42 y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no exceda de 24 horas.

Periodo de Inscripción Anual – Un tiempo establecido cada otoño en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. El Periodo de Inscripción Anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud para cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados o pago para servicios o medicamentos que usted ya recibió. Usted también puede apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso que implica presentar una apelación.

Facturación de saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más de la cantidad de la participación en los costos permitida del plan. Como miembro de CHRISTUS Health Plan Generation, usted solo tiene que pagar las cantidades de la participación en los costos de nuestro plan cuando reciba servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni que de otro modo le cobren más de la cantidad de la participación en los costos que su plan dice que usted debe pagar.

Periodo de Beneficios – La manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios comienza el día en que usted se interna en un hospital o un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención para pacientes hospitalizados (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted se interna en un hospital o un centro de enfermería especializada después de que un periodo de beneficios ha terminado, un nuevo periodo de beneficios comienza. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes hospitalizados por cada periodo de beneficios. No hay ningún límite en el número de periodos de beneficios.

Medicamento con nombre de marca – Es un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos con nombre de marca tienen la misma fórmula con el ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos se fabrican y venden a través de otros fabricantes de medicamentos y por lo general no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento con nombre de marca haya vencido.

Etapa de Cobertura de Catástrofes – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o un coaseguro bajo para sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año bajo cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar a los CMS.

Coaseguro – Una cantidad que a usted se le puede requerir que pague como su participación en el costo de servicios o medicamentos recetados después de que usted paga cualquier deducible. El coaseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja – El nombre formal para "presentar una queja" es "iniciar un reclamo". El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que usted recibe. Vea también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) – Un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o "copagar") – Una cantidad que a usted se le puede requerir que pague como su participación en el costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con un médico, una consulta en un hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 para una consulta con un médico o un medicamento recetado.

Participación en los costos – La participación en los costos se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos . La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan puede imponer antes de que se cubran servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad de "copago" fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier cantidad de "coaseguro", un porcentaje de la cantidad total que se paga para un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tarifa de participación en los costos diaria" cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y a usted se le requiere que haga un copago.

Nivel de participación en los costos – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de cinco niveles de participación en los costos. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto será su costo del medicamento.

Determinación de Cobertura – Una decisión sobre si un medicamento recetado se cubre en el plan y la cantidad, de haberla, que a usted se le requiere que pague para la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no se cubre bajo su plan, esto no es una determinación de cobertura. Usted necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones sobre cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión sobre cobertura.

Medicamentos Cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos que cubre nuestro plan.

Servicios Cubiertos – El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención bajo Custodia – Atención bajo custodia es atención personal que se proporciona en un asilo de ancianos, hospicio u otro establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. La atención bajo custodia es atención personal que pueden proporcionar personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, como ayuda con actividades de la vida diaria, que incluyen bañarse, vestirse, comer, subirse o bajarse de una cama o silla, desplazarse y usar el inodoro. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga la atención bajo custodia.

Tarifa de participación en los costos diaria – Una "tarifa de participación en los costos diaria" puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y a usted se le requiere que haga un copago. La tarifa de participación en los costos diaria es el copago dividido entre el número de días del suministro de un mes. Este es un ejemplo: Si su copago para un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa de participación en los costos diaria" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 para el suministro de cada día cuando surte su receta.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar para atención médica o recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar inscripción o **Cancelación de inscripción** – El proceso de terminación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (no por su propia elección).

Tarifa de entrega – Una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de entrega cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Equipo médico durable (DME) – Cierto equipo médico que ordena su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que esté empeorando con rapidez.

Atención de Emergencia – Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información – Este documento, junto con su forma de inscripción y cualesquiera otros anexos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y qué tiene que hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión sobre cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de participación en los costos más bajo (una excepción al nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el que usted está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario).

Extra Help (**Ayuda Extra)** – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento Genérico – Un medicamento recetado que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento con nombre de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que uno con nombre de marca y de manera usual cuesta menos.

Reclamo – Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, incluida una queja que se relaciona con la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre cobertura o pago.

Auxiliar médico a domicilio – Un auxiliar médico a domicilio presta servicios que no necesitan las habilidades de un(a) enfermero(a) o terapeuta con licencia, como ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios prescritos). Los auxiliares médicos a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Hospicio – Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si usted elige el hospicio y sigue pagando primas, todavía es miembro de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio proporcionará tratamiento especial para su estado.

Estancia de Paciente Hospitalizado – Una estancia en el hospital cuando a usted le han internado formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Incluso si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le podría considerar como "paciente ambulatorio".

Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (IRMAA) –Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como se reporta en su declaración de impuestos ante el IRS desde hace 2 años, supera una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos, que también se conoce como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven 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 previa a que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado $4,130.

Periodo de Inscripción Inicial – Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el periodo de tiempo en el que usted puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años de edad, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años de edad, incluye el mes en que usted cumple 65 años de edad, y termina 3 meses después del mes en que usted cumple 65 años de edad.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (SNP) – Un Plan de Necesidades Especiales que inscribe a personas elegibles que residen de manera continua o se espera que residan de manera continua durante 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para retrasados mentales (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional para dar servicio a residentes de Medicare en centros de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) centro(s) de LTC específico(s).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP) – Un Plan de Necesidades Especiales Institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel institucional de atención con base en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse al usar la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado respectiva y administrarse a través de una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción para personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para asegurar la prestación de atención especializada constante.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos") – Una lista de medicamentos recetados que cubre el plan. Los medicamentos de esta lista los selecciona el plan con ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos con nombre de marca como genéricos.

Subsidio para Bajos Ingresos (LIS) – Vea "Extra Help".

Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo – La mayor cantidad que usted paga del bolsillo durante el año calendario para servicios que se cubren dentro de la red. Las cantidades que usted paga para sus primas del plan, primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener información sobre su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, aunque la mayoría de los costos de atención médica se cubren si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo contactar a Medicaid en su estado.

Indicación Médicamente Aceptada – Un uso de un medicamento que aprueba ya sea la Administración de Alimentos y Medicamentos o que apoyan ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – El programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas de menos de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un Plan de Medicare Advantage.

Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Un periodo que se establece cada año, en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA) – En ocasiones se llama Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que contrata Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un plan de Tarifa por Servicio privado (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros de Medicare Medical (MSA). Cuando usted está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes con Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage**. Cualquier persona que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para unirse a cualquier plan médico de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan de Costos de Medicare – Un Plan de Costos de Medicare es un plan que opera una Organización de Mantenimiento Médico (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos bajo la sección 1876 (h) de la Ley.

Programa de Descuento para Periodo sin Cobertura de Medicare – Un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos con nombre de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa de Periodo sin Cobertura y que aún no están recibiendo “Extra Help”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos con nombre de marca, pero no todos, tienen descuento.

Servicios que cubre Medicare – Servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la B de Medicare.

Plan Médico de Medicare – Un plan médico de Medicare que ofrece una compañía privada que contrata Medicare para proporcionar 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 de Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Inclusiva para la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare.

"Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare) – Seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir "faltantes" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan") – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios a Miembros – Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios y sus reclamos y apelaciones. Vea el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo contactar a Servicios a Miembros.

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red – "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificado de Medicare y del Estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores acuerdan prestarle a usted los servicios que cubre el plan. A los proveedores de la red también se les puede llamar "proveedores del plan".

Determinación de la Organización – El plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si se cubren artículos o servicios o cuánto debe pagar usted para artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión sobre cobertura.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Tarifa por Servicio") – Original Medicare se ofrece por medio del gobierno y no a través de un plan médico privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagarle a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades para pago que establece el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su participación en la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su participación. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) y están disponibles en cualquier parte de los 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. Conforme se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no se cubren en nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red – Un proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no son propiedad de nuestro plan ni se operan a través del mismo ni están bajo contrato para prestarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de Bolsillo – Vea la definición de "participación en los costos" más arriba. El requisito de participación en los costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se denomina requisito de "gastos de bolsillo" de un miembro.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de Atención Inclusiva para la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención de largo plazo (LTC) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a seguir siendo independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras que obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C – vea "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D – El Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D.)

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que puede cubrir la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Vea su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos se excluyeron de manera específica a través del Congreso para que no se cubran como medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía de la Parte D – Una cantidad que se suma a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si usted no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad más alta siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Extra Help" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, usted no pagará una penalización por inscripción tardía.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, que se pueden recibir de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La participación en los costos de los miembros por lo general será más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre sus gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto sobre sus gastos de bolsillo combinados totales para los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de Atención Primaria (PCP) – Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de los problemas médicos. Él o ella se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los Proveedores de Atención Primaria.

Autorización Previa – Aprobación con anticipación para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos – Estos son dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica. Los aparatos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) – Un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica que paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo contactar a la QIO de su estado.

Límites de Cantidad – Una herramienta de gestión que está diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo de tiempo definido.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, así como terapia ocupacional.

Área de Servicio – Un área geográfica donde un plan médico acepta miembros si limita la membresía con base en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, también es por lo general el área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) – Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un(a) enfermero(a) o médico registrado.

Periodo de Inscripción Especial – Un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Periodo de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Extra Help" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o bien si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales – Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia por pasos – Una herramienta de uso que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le puede haber recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga Seguridad Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas o ciegas, o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios de Seguridad Social.

Servicios urgentes necesarios – Los servicios urgentes necesarios se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios urgentes necesarios se pueden prestar a través de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos en forma temporal.

Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan Generations

Método	Servicios a Miembros – Información de contacto
LLAMADA	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles. Servicios a Miembros también tiene servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBIR	CHRISTUS Health Plan Generations A la atención de: Servicios a Miembros P.O. Box 169009 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

New Mexico Aging and Long-Term Services Department

New Mexico Aging and Long-Term Services Department (El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos local gratuita a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADA	1-800-432-2080 Las llamadas a este número son gratuitas. 1-505-476-4799 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local.
TTY	1-505-476-4937 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

Declaración de Divulgación de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB (Oficina de Gestión y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

844.282.3026, TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a vie., 8 a.m. a 8 p.m., hora local

ChristusHealthPlan.org