

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de eternalHealth Horizon (HMO).

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. hora de montaña de Arizona, los 7 días de la semana entre el 1 octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. MST de Arizona, de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

Esta llamada es gratuita.

Este plan, eternalHealth Horizon (HMO), es ofrecido por eternalHealth, Inc. Cuando en esta Evidencia de cobertura dice “nosotros” o “nuestro”, significa eternalHealth, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a eternalHealth Horizon (HMO).

Si necesita información en un idioma o formato distinto (como en braille o en letra grande) o cualquier tipo de ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-800-680-4568. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

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

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

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

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda y otras protecciones requeridas por las leyes de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....	9
SECCIÓN 4 Costos mensuales de eternalHealth Horizon (HMO).....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de eternalHealth Horizon (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros).....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Medicaid	28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	29
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación de empleados ferroviarios.....	31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?.....	31
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	34
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	43
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	45
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	46

Índice

CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	48
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	49
SECCIÓN 2 Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar	50
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	123
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la parte D</i>	126
SECCIÓN 1 Introducción	127
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	127
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	132
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	134
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	136
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	139
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	142
SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta.....	143
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la parte D en situaciones especiales	144
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	146
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D</i>	149
SECCIÓN 1 Introducción	150
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	153
SECCIÓN 3 Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	153
SECCIÓN 4 No hay deducible para eternalHealth Horizon (HMO).....	155
SECCIÓN 5 Durante esta etapa, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga lo que le corresponde.	155
SECCIÓN 6 Costos en la etapa del período sin cobertura.....	159
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D	160
SECCIÓN 8 Vacunas de la parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	160

Índice

CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i>	163
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	164
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	166
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	167
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	168
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	169
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	175
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	177
SECCIÓN 1 Introducción	178
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	178
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	179
SECCIÓN 4 Guía de fundamentos de decisiones de cobertura y apelaciones	180
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	183
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	190
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	198
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto.....	205
SECCIÓN 9 Llevar su apelación al nivel 3 y más allá	210
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	213
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	216
SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	217
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	217
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	220
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	220
SECCIÓN 5 eternalHealth Horizon (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	221

Índice

CAPÍTULO 11: Avisos legales	223
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....	224
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	224
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare	224
SECCIÓN 4 Eventos fuera de nuestro control.....	225
SECCIÓN 5 Responsabilidad civil del miembro en caso de no pagar	225
SECCIÓN 6 Responsabilidad de tercera persona	225
SECCIÓN 7 Términos adicionales a considerar:.....	226
CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes	227

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en eternalHealth Horizon (HMO), una HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, eternalHealth Horizon (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de las partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

eternalHealth Horizon (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y atención asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov//Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2	¿De qué se trata la <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de eternalHealth Horizon (HMO).

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

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

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en eternalHealth Horizon (HMO) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de eternalHealth Horizon (HMO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.2 describe nuestra área de servicio). No se considera a las personas encarceladas que viven en el área geográfica de servicio incluso si están allí físicamente.
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para eternalHealth Horizon (HMO)

eternalHealth Horizon (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el condado de Maricopa.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes




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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o residencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a eternalHealth Horizon (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. eternalHealth Horizon (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

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

 <p>H3551-001 Issuer ID: 80840 Effective: xx/xx/xxxx</p> <p>HMO</p> <p>Jane Doe eternalHealth Horizon (HMO) Member ID: EH-000000000</p> <p>Primary Care Provider: Dr. John Smith</p> <p>Copay (In-Network) PCP: \$X Specialist: \$X Emergency: \$X Urgent Care: \$X Medicare limiting charges apply.</p>  <p>RXBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGrp: ETHMEDD</p>	<p>Member Services: 800-680-4568 www.eternalHealth.com Pharmacy Services: 800-891-6989 Urgent 24-Hr Nurse/Behavioral Health Crisis: 800-892-1361 Clinical/Behavioral Case Management: 800-787-5076 Vision: 866-944-0347 Hearing: 866-559-0158 Transportation: 888-617-0350</p> <p>For Providers Provider Services & Prior Authorizations: 800-680-9255</p> <table border="0"> <tr> <td>Medical Claims</td> <td>Pharmacy Claims</td> </tr> <tr> <td>Payer ID: RPO37</td> <td>OptumRx</td> </tr> <tr> <td>eternalHealth</td> <td>3515 Harbor Blvd.</td> </tr> <tr> <td>PO Box 1263</td> <td>Costa Mesa, CA 92626</td> </tr> <tr> <td>Westborough, MA 01581</td> <td></td> </tr> </table> 	Medical Claims	Pharmacy Claims	Payer ID: RPO37	OptumRx	eternalHealth	3515 Harbor Blvd.	PO Box 1263	Costa Mesa, CA 92626	Westborough, MA 01581	
Medical Claims	Pharmacy Claims										
Payer ID: RPO37	OptumRx										
eternalHealth	3515 Harbor Blvd.										
PO Box 1263	Costa Mesa, CA 92626										
Westborough, MA 01581											

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de eternalHealth Horizon (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe usar proveedores de la red para obtener atención médica y servicios. Si usted acude a otro lugar sin la autorización correcta, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que eternalHealth Horizon (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

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

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en eternalHealth Horizon (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de eternalHealth Horizon (HMO).

La “Lista de medicamentos” le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

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

SECCIÓN 4 Costos mensuales de eternalHealth Horizon (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos se encuentran la “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. En la sección 7 del capítulo 2, se explica más sobre estos programas. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un inserto aparte denominado *Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la Cláusula LIS.

Las primas de las Partes B y D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y usted 2024*, la sección titulada “2024 Medicare Costs” (*Costos de Medicare de 2024*). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de eternalHealth Horizon (HMO) es de \$43.20.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura válida para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en eternalHealth Horizon (HMO), le informamos el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une en el futuro al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto de la prima promedio es de \$55.50.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$55.50, que es igual a \$7.77. Esto se redondea en \$7.80. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual según los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, denominado monto de ajuste mensual según los ingresos, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera un determinado nivel, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Hay 3 formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Su prima del plan vence cada mes, pero puede solicitar pagarla de manera trimestral o anual. Puede decidir pagar su prima del plan directamente a nuestro plan con cheque o giro postal. Debe enviar su cheque o giro postal **pagadero a “eternalHealth” antes del último día de cada mes.** No escriba cheques a la orden de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services, HHS*). Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Los pagos deben enviarse por correo a C.O. Finance Department PO Box 411518 Boston, Massachusetts, 02241-1518. Si se envían a una dirección diferente, se retrasará el procesamiento del pago. Si tiene dudas sobre esta opción de pago o desea hacer cambios respecto de su opción elegida, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en el reverso de este folleto.

Opción 2: Pago en línea

Puede pagar su prima del plan mediante el sistema de pago seguro en línea de eternalHealth a través del Portal para miembros, que le permite configurar pagos automáticos o realizar un pago único a su conveniencia. Nuestro sistema de pago seguro en línea permite realizar pagos con tarjeta de crédito y pagos ACH, y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El portal se puede encontrar en línea en www.eternalHealth.com. Si tiene dudas acerca de esta opción de pago, comuníquese con Servicios para los miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Opción 3: Se le puede descontar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Cambiar la forma de pagar la prima del plan Si decide cambiar la forma de pagar la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-800-680-4568.

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

La prima de su plan debe estar en nuestra oficina antes del último día del mes.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos enviarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo): en el capítulo 9 puede ver cómo hacerlo. Si experimentó una circunstancia de emergencia que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, puede presentar una queja dentro de nuestro período de gracia. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la sección 10 del capítulo 9 de este documento, se informa cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-680-4568 entre las 8: a.m. y las 8 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días después de la fecha en que su membresía

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

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

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Esto ocurre si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro tiene derecho a la “Ayuda Adicional” para sus gastos de medicamentos con receta, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su derecho durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. En la sección 7 del capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

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

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algo de esta información, llame a Servicios para los miembros para informarnos.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador primario, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare según su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (*End-Stage Renal Disease*, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de eternalHealth Horizon (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de eternalHealth Horizon (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-239-3792
SITIO WEB	www.eternalHealth.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Método	Determinaciones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800- 680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	Determinaciones de cobertura: 1-866-347-8128 Apelaciones: 1-866-326-1073
ESCRIBA A	Contacto de decisiones de cobertura Attention: Coverage Decisions PO Box 1377 Westborough, MA 01581 Contacto de apelaciones Attention: Coverage Decisions PO Box 1377 Westborough, MA 01581
SITIO WEB	www.eternalHealth.com

Método	Determinaciones de cobertura sobre los medicamentos con receta de farmacia de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1 (800) 891-6989 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1 (844) 403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorizations P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio web	www.eternalHealth.com

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1 (888) 403-3398 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1 (877) 239-4565
ESCRIBA A	OptumRx Appeals P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
Sitio web	www.eternalHealth.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-680-4568</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	1-866-326-1073
ESCRIBA A	<p>PO Box 1377 Westborough, MA 01581</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre eternalHealth Horizon (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de farmacia de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-891-6989</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</i></p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p><i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</i></p>
FAX	1-800-527-0531

ESCRIBA A	OptumRx Medicare Grievance Department 3515 Harbor Blvd. Costa Mesa, CA 92626
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre eternalHealth Horizon (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Pedidos de pago para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-800-680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. (hora de la montaña, Arizona), de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	1-866-347-8132
ESCRIBA A	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
SITIO WEB	www.eternalHealth.com

Método	Solicitudes de pago de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-891-6989 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. <i>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</i>
ESCRIBA A	OptumRx P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287
SITIO WEB	www.eternalHealth.com

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

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="418 275 675 306">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="418 321 1377 569">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="418 590 1325 653">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="467 674 1417 989" style="list-style-type: none"><li data-bbox="467 674 1417 737">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="467 758 1417 989">• Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="418 1010 1409 1073">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de eternalHealth Horizon (HMO):</p> <ul data-bbox="467 1094 1417 1304" style="list-style-type: none"><li data-bbox="467 1094 1417 1304">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre eternalHealth Horizon (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="418 1325 1409 1583">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, se llama *Programa estatal de Arizona de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)*.

El SHIP de Arizona es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal para proporcionar a las personas con Medicare asesoramiento gratuito y a nivel local sobre seguros médicos.

Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Ellos también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS

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

Método	<i>Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP)</i> Información de contacto
LLAME AL	1-800-432-4040
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, esa organización se llama Grupo asesor en servicios de salud (Health Services Advisory Group, HSAG).

HSAG tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el Gobierno federal paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. El Grupo asesor en servicios de salud (HSAG) es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debería contactar al Grupo asesor en servicios de salud (HSAG) en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de enfermería especializada o servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Grupo asesor en servicios de salud (HSAG): información de contacto
LLAME AL	1-602-801-6600
ESCRIBA A	3133 East Camelback Road, Suite 100 Phoenix, AZ, 85016-4545
SITIO WEB	http://www.hsag.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **programas** de ahorro de Medicare incluyen:

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

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el programa de Medicaid de *Arizona* (AHCCCS).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS): información de contacto
LLAME AL	1-855-432-7587 Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-842-6520 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
SITIO WEB	https://www.healtharizonaplus.gov/Login/Default

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que enviar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Póngase en contacto con el Servicio para los miembros en el número proporcionado anteriormente con su prueba de “Ayuda adicional” y ellos lo guiarán a través del proceso.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el intervalo en la cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**¿Qué es el ADAP?**

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para asistencia con los costos compartidos mediante el ADAP de Arizona.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Arizona (ADAP) al 602-364-3610 o envíe un mensaje de texto al 480-601-4943, o escriba un correo electrónico a: careandservices@azdhs.gov.

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

La Junta de jubilación de empleados ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para
obtener servicios médicos*

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

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

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

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, eternalHealth Horizon (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

eternalHealth Horizon (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **Usted recibe atención de un proveedor elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido habitual que paga dentro de la red. Debería obtenerse autorización de eternalHealth Horizon (HMO) antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 **Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica**

Sección 2.1	Usted puede elegir a un Proveedor de atención primaria (<i>Primary Care Provider, PCP</i>) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

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

PCP son las iniciales en inglés de proveedor de atención primaria. Un PCP diagnostica y trata una amplia variedad de problemas de salud agudos y crónicos y puede ayudarlo a conectarse con servicios apropiados de atención de rutina y especializada. Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, no tiene que elegir un PCP de la red; sin embargo, le recomendamos con énfasis que lo haga y nos informe quién es. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Generalmente, el geriatra, los

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

médicos de familia o los enfermeros practicantes de medicina interna y medicina general actúan como PCP. Por lo general, consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP puede brindarle la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento.

¿Cómo elige a su PCP?

A la hora de decidirse por un PCP, puede consultar nuestro Directorio de Proveedores o la “Herramienta de Búsqueda de Proveedores” en nuestra página web www.eternalHealth.com.

Puede hacer su selección de PCP cuando completa la sección de PCP en el formulario de inscripción o llamando a servicios para miembros. Los miembros con un Portal para miembros personal pueden realizar selecciones de PCP en el portal. Si no ve a su PCP actual en nuestro Directorio de proveedores, es posible que desee llamar a su PCP actual y preguntarle si recomendaría un PCP de nuestro Directorio de proveedores. Puede cambiar de PCP.

Si necesita detalles o ayuda para configurar su Portal de miembro en línea, llame a Servicios para los miembros.

Es importante programar su cita de evaluación de salud inicial con su PCP dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. Esa evaluación proporciona a su PCP un punto de partida de información para tratarlo.

Cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan y usted deba buscar a un nuevo PCP.

Si está realizando un cambio, el cambio entrará en vigencia de inmediato o al recibir la solicitud.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros. Los miembros con un Portal para miembros personal pueden cambiar su PCP allí, lo que les permitirá seleccionar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si necesita detalles o ayuda para configurar su Portal de miembro en línea, llame a Servicios para los miembros.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra el COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

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

Cuando necesite un tratamiento especializado, su médico de cabecera lo derivará a un especialista o a algunos otros proveedores de nuestra red.

Es muy importante obtener una derivación (permiso) por escrito de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, que se mencionan en la sección 2.2 anterior). Si no tiene una derivación escrita antes de recibir los servicios de un especialista, puede tener que pagarlos.

Para algunos tipos de derivaciones, es posible que tenga que obtener la aprobación previa de eternalHealth (esto se llama obtener una “autorización previa”). Algunos servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan.

Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados con una nota a pie de página en la Tabla de beneficios del capítulo 4, sección 2.1.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Si el especialista quiere que vuelva para recibir más atención, compruebe primero que la derivación (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubre las consultas adicionales.

Si hay especialistas específicos a los que desea acudir, averigüe si su médico de cabecera envía pacientes a estos especialistas.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. En ese caso, comuníquese con Administración de casos.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el capítulo 9.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red**

En circunstancias concretas, nuestro plan permitirá a los miembros acudir a proveedores fuera de la red para recibir servicios cubiertos por Medicare. Esas circunstancias se describen a continuación (y se incluyen en la sección 1.2 de este capítulo):

- Atención de emergencia prestada en una sala de emergencias en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.
- O cuando está fuera del área de servicio del plan en forma temporal pero permanece en Estados Unidos y sus territorios, incluidos:
 - Servicios de urgencia y
 - Servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare
- Servicios cubiertos por Medicare que la red de médicos u otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros sanitarios del plan no puedan proporcionar dentro del área de servicio. En ese caso, necesita autorización previa de eternalHealth Horizon (HMO). Usted, su proveedor o su representante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización previa. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 en “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”.

Si debe recibir atención de un proveedor fuera de la red en Estados Unidos o sus territorios, le recomendamos que elija uno que acepte la asignación de Medicare. Esto significa que han acordado (o están obligados por ley) a aceptar el importe aprobado por Medicare como pago completo de los servicios cubiertos. Los proveedores de EE. UU. y sus territorios que no aceptan la asignación de Medicare pueden cobrar más que el monto aprobado por Medicare, pero existe un límite llamado “cargo máximo” (o “cargo límite”).

Por último, hay otra circunstancia en la que nuestro plan permitirá a los afiliados acudir a proveedores fuera de la red: ofrecemos un beneficio complementario que lo cubre fuera de EE. UU. y sus territorios para servicios de urgencia o en caso de emergencia médica, incluido el transporte de emergencia en ambulancia. Sin embargo, estos proveedores fuera de la red no están sujetos a la legislación estadounidense y, con pocas excepciones, Original Medicare no cubre la atención médicamente necesaria fuera de Estados Unidos y sus territorios. Si nos pide que paguemos directamente al proveedor por la atención de urgencia o de emergencia recibida fuera de los EE. UU. o de sus territorios, pagamos al proveedor según el plan de tarifas de Medicare menos los importes de su participación en los gastos. Esto puede generar una diferencia entre el importe facturado por el proveedor y el importe pagado. Si el proveedor decide facturarle la diferencia, usted será responsable de ese importe.

Consulte el capítulo 4, sección 2.1, “Cobertura mundial de emergencia/urgencia” para obtener más información sobre este beneficio complementario y su participación en los costos de los servicios cubiertos en todo el mundo.

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

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

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No necesita usar un médico proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de su tarjeta de miembro y en la contraportada de este folleto).

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

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y termina la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trata de una urgencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe atención adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- O la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

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

En la mayoría de los casos, si usted se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor que no pertenece a la red, la parte del costo que le corresponde pagar por su atención será mayor.

Si necesita atención de urgencia mientras se encuentra en el área de servicio del plan, vaya a la clínica de horario extendido de su PCP, a una clínica dentro de tiendas/de atención ambulatoria participante o a cualquiera de los centros de atención de urgencia de la red. Además, llame a nuestra Línea directa de enfermería y a la Línea de crisis de salud mental, que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-892-1361.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: cuando sea médicamente necesario.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre**

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 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.

Para obtener información para obtener la atención necesaria durante una catástrofe, visite el sitio web: www.eternalHealth.com, o llame a Servicios para los miembros.

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

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

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

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

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

eternalHealth Horizon (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

Cualquier costo que paga de su bolsillo por la atención no cubierta por nuestro plan no contará para el costo máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los miembros cuando quiera saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos u obtener ni nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**¿Desea obtener más información?**

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

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

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

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Y debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro, ya que su estadía no estará cubierta.

Brindamos cobertura para servicios de atención hospitalaria para pacientes internados sin límite de por vida. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Pero como miembro de eternalHealth Horizon (HMO), no adquirirá la propiedad de DME rentado, sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras es miembro de nuestro plan, ni siquiera si hizo hasta 12 pagos consecutivos según Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Para más información, llame a Servicios para los miembros.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, eternalHealth Horizon (HMO) cubrirá lo siguiente:

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

Si deja eternalHealth Horizon (HMO) o ya no tiene una necesidad médica de él, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

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

En este capítulo, se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de eternalHealth Horizon (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios.

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

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

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

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 **¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de las partes A y B de Medicare?**

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que tienen cobertura según las partes A y B de Medicare. Este límite es el monto por servicios médicos “máximo para gastos de bolsillo” (MOOP). Para el año calendario 2024 este monto es de \$3,350.

Los importes que pague por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para calcular el costo máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el costo máximo de bolsillo de \$3,350, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios de las partes A y B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que se la paguen Medicaid o un tercero).

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

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

Como miembro de eternalHealth Horizon (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que eternalHealth Horizon (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios.

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

Medicamento necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tenga un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que le proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar su aprobación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se denomina derivación.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:


- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones mentales crónicas y discapacitantes, y enfermedad renal terminal (ESRD).
- Encontrará más detalles en la fila de “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” de la tabla de beneficios médicos.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

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




Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) [como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley] y el personal</p>	<p>\$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>




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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una maestría o doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Se requiere autorización para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>\$255 de copago por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>El transporte de emergencia en ambulancia está cubierto en cualquier parte del mundo. Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.</p> <p>Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para miembros que cumplen determinadas condiciones. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, incluidos los programas intensivos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento de enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>




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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones 	<p>Se requiere una derivación.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted paga \$0 por los servicios del médico. En un entorno hospitalario de pacientes ambulatorios, también paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare) En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos los servicios dentales que son una parte necesaria de un procedimiento médico cubierto, como la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental o las extracciones realizadas para prepararse para el tratamiento con radiación de enfermedades neoplásicas que involucran la mandíbula. En determinadas circunstancias, Medicare también pagará los exámenes orales, pero no el tratamiento, antes del trasplante de riñón o el reemplazo de una válvula cardíaca.</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta dental cubierta por Medicare.</p> <p>Ver “Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados” y “Servicios/cirugías para pacientes ambulatorios” en este cuadro para conocer los costos compartidos cuando los servicios son prestados en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Servicios dentales (preventivos/integrales) * Además de los servicios odontológicos señalados arriba, eternalHealth Horizon (HMO) cubre todos los servicios odontológicos fuera de Medicare preventivos e integrales cubiertos, como servicios de diagnóstico, de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis, cirugía oral o maxilofacial y otros servicios.</p> <p>Para una descripción completa, incluidas las limitaciones y exclusiones adicionales, consulte el Resumen de beneficios dentales disponible en www.eternalHealth.com.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>eternalHealth pagará hasta \$4,500 por año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>Se accede al beneficio con su tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC)/odontología.</p> <p>*Cualquier costo que pague por atención odontológica (que no tenga cobertura de Medicare) no cuenta para su límite anual máximo para gastos de bolsillo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. 	<p>Insumos para monitorear la glucosa en sangre (tiras reactivas, dispositivos de punción y lancetas, soluciones de control):</p> <p>0% de coseguro para marca preferencial surtida por farmacias de la red.</p> <p>20% de coseguro para marca preferencial surtida en farmacias <u>fuera de la red</u>.</p> <p>Las marcas no preferenciales requieren una presentación de excepción y aprobación, y 20% de coseguro.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.</p>	<p>Zapatos terapéuticos moldeados a medida:</p> <p>20% de coseguro</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Se requiere autorización previa, 0% de coseguro.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte la definición en el capítulo 12 y en la sección 7 del capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Con esta Evidencia de cobertura, le enviamos la lista de DME de eternalHealth Horizon (HMO). En ella se indican las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web: www.eternalhealth.com.</p> <p>Generalmente, eternalHealth Horizon (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de eternalHealth Grand Give Back (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión).</p>	<p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.</p> <p>20% de coseguro para los suministros y el equipo médico duradero cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20% por cada mes.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno no cambiará luego de estar inscripto durante 36 meses.</p> <p>Consulte la Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos en esta Tabla de beneficios médicos para ver el detalle de la cobertura de suministros para la diabetes.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. [Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>].</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye la cobertura mundial de los cuidados de urgencia o emergencia.</p>	<p>Usted paga \$135 por cada consulta.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si ingresa como paciente hospitalizado al hospital dentro de las 24 horas por la misma enfermedad (ver Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados en esta sección para ver el costo compartido que corresponde en su lugar). Si lo retienen para observarlo, el copago de \$135 por consulta igual se aplica.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de estabilizada la afección de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención - O - debe hacer que el plan autorice la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y el costo será el costo compartido</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio complementario.</p>
<p>Beneficios de acondicionamiento físico* eternalHealth Horizon (HMO) OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico robusto y flexible, que le da acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos en línea para acondicionamiento físico y kits caseros. Para más información, llame a Servicios para los miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>
<p>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las evaluaciones del equilibrio realizadas por su PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son brindadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Paga \$15 de copago por los servicios auditivos de diagnóstico cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención (de rutina) de audición*</p> <p>eternalHealth Horizon (HMO) cubre los exámenes de ajuste de rutina y los audífonos a través de Amplifon.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>\$0 de copago por exámenes de ajuste de rutina.</p> <p>Los costos de los audífonos serán de \$595 o \$895 según su selección mediante Amplifon.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</p>	<p>VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. <p>Equipos y suministros médicos.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Se aplicarán los costos compartidos de los inyectables para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y los medicamentos intravenosos administrados en un entorno de atención médica en el hogar. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos de otra manera por los beneficios del equipo médico duradero. 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Pagará el costo compartido que se aplique a los servicios de atención primaria, a los servicios de médicos especialistas o a los servicios de salud a domicilio (como se describe en el apartado “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico” o “Atención de una agencia de salud a</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>domicilio”), según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o control.</p> <p>Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para conocer los costos compartidos aplicables para equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión en el hogar.</p> <p>Consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para conocer el costo compartido aplicable a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.</p>
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los de las partes A y B relacionados con su pronóstico terminal y no eternalHealth Horizon (HMO).</p> <p>Paga \$0 por servicios de consulta de hospicio.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para ver los servicios de cuidados de hospicio cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de las partes A y B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>En cuanto a servicios cubiertos por las partes A o B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por las partes A o B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal, el costo depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. <p>Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).</p> <p>Para servicios cubiertos por eternalHealth Horizon (HMO) pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: eternalHealth Horizon (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si no se relacionan con su situación terminal en hospicio, usted paga el costo compartido. En el caso de que sí se relacionen, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5, <i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>.</p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p> <p>La asistencia de apoyo en el hogar por servicios de Papa's Pals. Papa Pals es un programa de acompañamiento que ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y atención sociales en persona o de manera virtual, incluidos el apoyo de compra de víveres, el transporte y otras tareas cotidianas, entre otros. • Guía técnica: asistencia con el aprendizaje de servicios de telemedicina para conectarse con un médico, ayuda con la instalación de dispositivos. • Ejercicio y actividad: caminar o montar en bicicleta. • Asistencia a distancia: servicios virtuales. • Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavado de ropa. <p>Límite de 60 horas de servicio por año.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de servicios de apoyo a domicilio.</p> <p>Llame a Servicios para los miembros para acceder a los servicios de apoyo a domicilio.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. Los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados comienzan el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>No hay límite en el número de días de hospitalización médicamente necesarios cubiertos por el plan.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$150 de copago por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Paga \$0 de copago por los días 7 a 90.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si eternalHealth Horizon (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizar el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre la política del plan en cobertura de viajes por trasplantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Servicios médicos 	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados comienzan el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden de ingreso del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$150 de copago por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Paga \$0 de copago por los días 7 a 90.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su</p>	<p>Servicios médicos Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>visitas en el consultorio médico” de esta tabla.</p> <p>Servicios de diagnóstico y radiografía, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la sección “Pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” de esta tabla.</p> <p>Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario en el año calendario siguiente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con osteoporosis posmenopausia, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. 	<p>Paga un coseguro del 0%-20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare, incluidos los de quimioterapia.</p> <p>Esta participación en los costos se aplicará a la administración de estos medicamentos en todos los lugares de tratamiento.</p> <p>No paga más de \$35 dólares para un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por su plan si usted usa una bomba de insulina tradicional que está cubierta bajo el beneficio de equipo médico duradero de Medicare (Parte B). Los deducibles de la categoría de servicio o nivel del plan no se aplican a las insulinas de la Parte B cubiertas.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de las partes B y D.</p> <p>El capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Paga \$20 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Material quirúrgico, como apósitos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Se puede requerir autorización.</p> <p>Paga \$0 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Paga un copago de 20% por la radioterapia cubiertas por Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en el consultorio de un proveedor.</p> <p>Paga un copago de \$60 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en todos los demás lugares.</p> <p>Paga \$0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga \$75 de copago por ecografía.</p> <p>Paga \$170 por todos los demás copagos por resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y otros diagnósticos por imagen/imágenes generales.</p> <p>Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	diagnósticas o servicios terapéuticos. En esta situación, se aplica el copago más alto.
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet vía https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Paga \$150 por cada estadía de observación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet vía https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Servicios médicos Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico” de esta tabla.</p> <p>Servicios de emergencia Consulte la sección “Atención de emergencia” de esta tabla.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios Consulte la sección “Observación de pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios Consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” de esta tabla.</p> <p>Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos e insumos médicos Consulte la sección “Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>Atención de salud mental, hospitalización parcial y atención de dependencia química Consulte las secciones “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”, “Servicios de hospitalización parcial”, “Servicios del programa de tratamiento de opioides” y “Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asociado médico u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Paga \$15 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p>Se requieren autorización y derivación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Paga \$20 de copago por los servicios cubiertos.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Están cubiertos los servicios para tratar la dependencia química en un entorno de paciente ambulatorio (terapia de grupo o individual).</p>	<p>Paga \$20 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$100 de coseguro por la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Paga \$175 de copago por la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.</p>
<p>Medicamentos de venta libre*</p> <p>Usted está cubierto para recibir una tarjeta eternalHealth Horizon (HMO) OTC que se financiará con \$110 por trimestre (cada 3 meses); los fondos trimestrales no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre calendario. Esta tarjeta puede utilizarse para productos para la salud de venta libre que cumplan los requisitos.</p> <p>La tarjeta OTC permite a los miembros tomar el control de su salud. El gasto está restringido únicamente a los productos que</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para beneficios de medicamentos de venta libre.</p> <p>Nuestro plan ofrece una asignación trimestral de hasta \$110 para cubrir los artículos de venta libre</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cumplen con los requisitos de la CMS, sin posibilidad de retirar dinero en efectivo. Llame al servicio para los miembros o visite www.eternalhealth.com para obtener instrucciones específicas sobre el uso de este beneficio y nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>aprobados por Medicare que se compran para el uso del miembro en nuestro catálogo o farmacias minoristas.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos de pacientes ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios son un programa estructurado de tratamiento de salud conductual activa (mental) en el departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un establecimiento de salud con calificación federal, o una clínica de salud rural, con atención más intensa que la que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta pero menos intensa que en la hospitalización parcial.</p>	<p>Paga \$25 de copago por cada hospitalización parcial y consulta como paciente ambulatorio intensivo.</p>
<p>Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)* Una unidad electrónica para el hogar o un colgante para el cuello están disponibles para los miembros que cumplen con los criterios específicos. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo acceder a este beneficio.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio PERS.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico 	<p>Consulta de atención primaria (PCP) \$0 de copago.</p> <p>Consulta a especialista \$0 de copago.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas, diagnóstico y tratamiento de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los indica para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluidos los médicos de atención primaria y los especialistas, pueden prestarse a través del intercambio electrónico. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y 	<p>Consulta de telesalud \$0 de copago.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales para ciertos servicios prestados durante su consulta con el médico. Por ejemplo, se aplicarán costos compartidos para laboratorios o pruebas de diagnóstico cuando se brinden además de los servicios profesionales.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ el control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>Se requiere una autorización a menos que la atención sea de rutina.</p> <p>\$15 de copago por consultas médicas cubiertas por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (<i>Prostate Specific Antigen</i>, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	otros servicios que reciba durante la consulta.
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.</p> <p>20% de coseguro por servicios protésicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y derivación para rehabilitación pulmonar del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento para reducirlo</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Servicios de educación sobre enfermedades renales</p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Servicios de diálisis</p> <p>20% de coseguro por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye tanto las consultas profesionales (consultas en la clínica de diálisis del nefrólogo) como las consultas en el centro de diálisis.</p> <p>La diálisis recibida como paciente hospitalizado se cubrirá según su beneficio de paciente internado.</p> <p>El 20% del costo total de la capacitación en autodiálisis cubierta por Medicare, los suministros y equipos de diálisis en el hogar y ciertos servicios de apoyo en el hogar.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”, que suele denominarse SNF, por sus siglas en inglés). Usted está cubierto durante 100 días por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si va al hospital (o al SNF) después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios médicos o profesionales 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Para estadías en un centro de enfermería especializada, usted paga por período de beneficios:</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20.</p> <p>\$203 de copago por día para los días 21 a 100.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
<p> Servicios para dejar el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo:</u> cubrimos dos intentos de asesoramientos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas</p> <p>Los miembros elegibles para beneficios de SSBCI debido a afecciones como diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) son elegibles para usar su beneficio estándar de medicamentos de venta libre de \$110 combinado con un beneficio adicional de \$50 cada tres meses para alimentos y productos agrícolas o medicamentos de venta libre.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (<i>Supervised Exercise Therapy, SET</i>) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (<i>peripheral artery disease, PAD</i>) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en tratamiento con ejercicios para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Paga \$15 por los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>eternalHealth cubre servicios ilimitados de transporte para ubicaciones médicas aprobadas por el plan, como visitas al consultorio de un médico y viajes a la farmacia.</p> <p>Los modos de transporte aprobados son taxi, viaje compartido en automóvil, y transporte médico en SafeRide. Esto no incluye traslados en ambulancia. En la sección anterior “Servicios de ambulancia” de esta tabla, podrá ver si corresponden costos compartidos por traslados en ambulancia.</p> <p>Comuníquese con SafeRide para programar un viaje al 1-888-617-0350.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Paga \$0 por viaje con SafeRide.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Se incluyen ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red en los siguientes casos: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura mundial de atención de urgencia</p>	<p>Paga \$0 de copago para todas las visitas cubiertas en los consultorios de proveedores para servicios de urgencia.</p> <p>Paga \$0 por servicios de urgencia prestados a través de telesalud.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo.</p> <p>Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio complementario.</p>
<p> Atención oftalmológica (cubierta por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por 	<p>Paga \$15 de copago por los exámenes/pruebas de detección de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga \$0 por una pruebas de detección anual de glaucoma si tiene un riesgo elevado.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</p>	
<p>Servicios oftalmológicos (de rutina) y gafas* Un examen oftalmológico de rutina es para revisar su visión y actualizar su receta de anteojos. La refracción está incluida, incluso cuando ya tiene una afección para la cual se recomienda un examen ocular anual, como una prueba de detección de diabetes y una prueba de detección de retinopatía anual.</p> <p>Además, el plan ofrece un beneficio anual que puede cubrir las actualizaciones anuales de sus anteojos cubiertos por Medicare o, si aún no necesita una cirugía de cataratas, un par de anteojos recetados.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>\$0 de copago por un examen ocular anual de rutina a través de un proveedor participante en EyeMed.</p> <p>Si usted elige un proveedor adherido de EyeMed Vision Care, usted tiene el beneficio de \$200 por año calendario aplicado al momento de la atención y deberá pagar el saldo restante.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como la educación y el asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y las derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>”.</p>
<p>Cobertura mundial de emergencia o urgencia</p> <p>Nuestro plan ofrece un beneficio complementario que cubre servicios de urgencia o emergencias médicas, incluido el transporte de emergencia en ambulancia, si viaja fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de los EE. UU. o sus territorios, usted está</p>	<p>Los siguientes servicios están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$135 de copago por consulta para atención de emergencia.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cubierto. Debe pedirle al proveedor fuera de la red que facture al plan nuestra parte del costo, preferiblemente en inglés y en dólares estadounidenses. Pagaremos al proveedor los montos aprobados por Medicare menos los costos compartidos aplicables. Si hay una diferencia entre el monto pagado y el monto cobrado por el proveedor, es posible que le facturen la diferencia.</p> <p>Si paga el monto total al momento de recibir la atención, deberá pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, preferiblemente en inglés y en dólares estadounidenses, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos directamente menos cualquier costo compartido aplicable. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar el pago del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que solo pagamos montos aprobados por Medicare por servicios cubiertos de proveedores fuera de la red, lo que incluye cualquier proveedor ubicado fuera de los EE. UU. y sus territorios. Consulte la sección 2.4 del capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por consulta para servicios de urgencia. • \$95 de copago por consulta para servicios de ambulancia de emergencia. Los copagos enumerados anteriormente se aplicarán al costo máximo que paga de su bolsillo. No se aplicará ningún costo adicional que no esté cubierto por eternalHealth Horizon (HMO).




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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) [como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley] y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p>	<p>\$20 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>




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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una maestría o doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Se requiere autorización para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>\$255 de copago por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>El transporte de emergencia en ambulancia está cubierto en cualquier parte del mundo. Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.</p> <p>Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para miembros que cumplen determinadas condiciones. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, incluidos los programas intensivos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento de enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>




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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones 	<p>Se requiere una derivación.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la último sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted paga \$0 por los servicios del médico. En un entorno hospitalario de pacientes ambulatorios, también paga \$0.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare) En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos los servicios dentales que son una parte necesaria de un procedimiento médico cubierto, como la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental o las extracciones realizadas para prepararse para el tratamiento con radiación de enfermedades neoplásicas que involucran la mandíbula. En determinadas circunstancias, Medicare también pagará los exámenes orales, pero no el tratamiento, antes del trasplante de riñón o el reemplazo de una válvula cardíaca.</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta dental cubierta por Medicare.</p> <p>Ver “Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados” y “Servicios/cirugías para pacientes ambulatorios” en este cuadro para conocer los costos compartidos cuando los servicios son prestados en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Servicios dentales (preventivos/integrales) * Además de los servicios odontológicos señalados arriba, eternalHealth Horizon (HMO) cubre todos los servicios odontológicos fuera de Medicare preventivos e integrales cubiertos, como servicios de diagnóstico, de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis, cirugía oral o maxilofacial y otros servicios.</p> <p>Para una descripción completa, incluidas las limitaciones y exclusiones adicionales, consulte el Resumen de beneficios dentales disponible en www.eternalHealth.com.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>eternalHealth pagará hasta \$4,500 por año por servicios odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>Se accede al beneficio con su tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC)/odontología.</p> <p>*Cualquier costo que pague por atención odontológica (que no tenga cobertura de Medicare) no cuenta para su límite anual máximo para gastos de bolsillo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. 	<p>Insumos para monitorear la glucosa en sangre (tiras reactivas, dispositivos de punción y lancetas, soluciones de control):</p> <p>0% de coseguro para marca preferencial surtida por farmacias de la red.</p> <p>20% de coseguro para marca preferencial surtida en farmacias <u>fuera de la red</u>.</p> <p>Las marcas no preferenciales requieren una presentación de excepción y aprobación, y 20% de coseguro.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.</p>	<p>Zapatos terapéuticos moldeados a medida:</p> <p>20% de coseguro</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Se requiere autorización previa, 0% de coseguro.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte la definición en el capítulo 12 y en la sección 7 del capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Con esta Evidencia de cobertura, le enviamos la lista de DME de eternalHealth Horizon (HMO). En ella se indican las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web: www.eternalhealth.com.</p> <p>Generalmente, eternalHealth Horizon (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de eternalHealth Grand Give Back (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para tener una segunda opinión).</p>	<p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.</p> <p>20% de coseguro para los suministros y el equipo médico duradero cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20% por cada mes.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno no cambiará luego de estar inscripto durante 36 meses.</p> <p>Consulte la Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos en esta Tabla de beneficios médicos para ver el detalle de la cobertura de suministros para la diabetes.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. [Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>].</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye la cobertura mundial de los cuidados de urgencia o emergencia.</p>	<p>Usted paga \$135 por cada consulta.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si ingresa como paciente hospitalizado al hospital dentro de las 24 horas por la misma enfermedad (ver Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados en esta sección para ver el costo compartido que corresponde en su lugar). Si lo retienen para observarlo, el copago de \$135 por consulta igual se aplica.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de estabilizada la afección de emergencia, debe volver a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención - O - debe hacer que el plan autorice la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y el costo será el costo compartido</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio complementario.</p>
<p>Beneficios de acondicionamiento físico* eternalHealth Horizon (HMO) OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico robusto y flexible, que le da acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos en línea para acondicionamiento físico y kits caseros. Para más información, llame a Servicios para los miembros.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>
<p>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las evaluaciones del equilibrio realizadas por su PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son brindadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Paga \$15 de copago por los servicios auditivos de diagnóstico cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención (de rutina) de audición*</p> <p>eternalHealth Horizon (HMO) cubre los exámenes de ajuste de rutina y los audífonos a través de Amplifon.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>\$0 de copago por exámenes de ajuste de rutina.</p> <p>Los costos de los audífonos serán de \$595 o \$895 según su selección mediante Amplifon.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</p>	<p>VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. <p>Equipos y suministros médicos.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Se aplicarán los costos compartidos de los inyectables para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y los medicamentos intravenosos administrados en un entorno de atención médica en el hogar. Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos de otra manera por los beneficios del equipo médico duradero. 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Pagará el costo compartido que se aplique a los servicios de atención primaria, a los servicios de médicos especialistas o a los servicios de salud a domicilio (como se describe en el apartado “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico” o “Atención de una agencia de salud a</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>domicilio”), según el lugar donde haya recibido los servicios de administración o control.</p> <p>Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para conocer los costos compartidos aplicables para equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión en el hogar.</p> <p>Consulte el apartado “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para conocer el costo compartido aplicable a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.</p>
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los de las partes A y B relacionados con su pronóstico terminal y no eternalHealth Horizon (HMO).</p> <p>Paga \$0 por servicios de consulta de hospicio.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para ver los servicios de cuidados de hospicio cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de las partes A y B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>En cuanto a servicios cubiertos por las partes A o B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por las partes A o B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal, el costo depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. <p>Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).</p> <p>Para servicios cubiertos por eternalHealth Horizon (HMO) pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: eternalHealth Horizon (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si no se relacionan con su situación terminal en hospicio, usted paga el costo compartido. En el caso de que sí se relacionen, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del capítulo 5, <i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>.</p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p> <p>La asistencia de apoyo en el hogar por servicios de Papa's Pals. Papa Pals es un programa de acompañamiento que ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y atención sociales en persona o de manera virtual, incluidos el apoyo de compra de víveres, el transporte y otras tareas cotidianas, entre otros. • Guía técnica: asistencia con el aprendizaje de servicios de telemedicina para conectarse con un médico, ayuda con la instalación de dispositivos. • Ejercicio y actividad: caminar o montar en bicicleta. • Asistencia a distancia: servicios virtuales. • Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavado de ropa. <p>Límite de 60 horas de servicio por año.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de servicios de apoyo a domicilio.</p> <p>Llame a Servicios para los miembros para acceder a los servicios de apoyo a domicilio.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. Los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados comienzan el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>No hay límite en el número de días de hospitalización médicamente necesarios cubiertos por el plan.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$150 de copago por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Paga \$0 de copago por los días 7 a 90.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si eternalHealth Horizon (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizar el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre la política del plan en cobertura de viajes por trasplantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Servicios médicos 	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados comienzan el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden de ingreso del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$150 de copago por día durante los días 1 a 6.</p> <p>Paga \$0 de copago por los días 7 a 90.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su</p>	<p>Servicios médicos Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>visitas en el consultorio médico” de esta tabla.</p> <p>Servicios de diagnóstico y radiografía, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la sección “Pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” de esta tabla.</p> <p>Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario en el año calendario siguiente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con osteoporosis posmenopausia, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. 	<p>Paga un coseguro del 0%-20% por los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare, incluidos los de quimioterapia.</p> <p>Esta participación en los costos se aplicará a la administración de estos medicamentos en todos los lugares de tratamiento.</p> <p>No paga más de \$35 dólares para un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por su plan si usted usa una bomba de insulina tradicional que está cubierta bajo el beneficio de equipo médico duradero de Medicare (Parte B). Los deducibles de la categoría de servicio o nivel del plan no se aplican a las insulinas de la Parte B cubiertas.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de las partes B y D.</p> <p>El capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Paga \$20 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Material quirúrgico, como apósitos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Se puede requerir autorización.</p> <p>Paga \$0 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Paga un copago de 20% por la radioterapia cubiertas por Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$0 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en el consultorio de un proveedor.</p> <p>Paga un copago de \$60 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en todos los demás lugares.</p> <p>Paga \$0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga \$75 de copago por ecografía.</p> <p>Paga \$170 por todos los demás copagos por resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y otros diagnósticos por imagen/imágenes generales.</p> <p>Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	diagnósticas o servicios terapéuticos. En esta situación, se aplica el copago más alto.
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet vía https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Paga \$150 por cada estadía de observación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet vía https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Servicios médicos Consulte la sección “Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico” de esta tabla.</p> <p>Servicios de emergencia Consulte la sección “Atención de emergencia” de esta tabla.</p> <p>Observación de pacientes ambulatorios Consulte la sección “Observación de pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios Consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” de esta tabla.</p> <p>Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos e insumos médicos Consulte la sección “Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>Atención de salud mental, hospitalización parcial y atención de dependencia química Consulte las secciones “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios”, “Servicios de hospitalización parcial”, “Servicios del programa de tratamiento de opioides” y “Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” de esta tabla.</p> <p>Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asociado médico u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Paga \$15 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) con el único fin de controlar o cambiar los medicamentos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p>Se requieren autorización y derivación.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Paga \$20 de copago por los servicios cubiertos.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Están cubiertos los servicios para tratar la dependencia química en un entorno de paciente ambulatorio (terapia de grupo o individual).</p>	<p>Paga \$20 de copago por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$100 de coseguro por la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Paga \$175 de copago por la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.</p>
<p>Medicamentos de venta libre*</p> <p>Usted está cubierto para recibir una tarjeta eternalHealth Horizon (HMO) OTC que se financiará con \$110 por trimestre (cada 3 meses); los fondos trimestrales no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre calendario. Esta tarjeta puede utilizarse para productos para la salud de venta libre que cumplan los requisitos.</p> <p>La tarjeta OTC permite a los miembros tomar el control de su salud. El gasto está restringido únicamente a los productos que</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para beneficios de medicamentos de venta libre.</p> <p>Nuestro plan ofrece una asignación trimestral de hasta \$110 para cubrir los artículos de venta libre</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cumplen con los requisitos de la CMS, sin posibilidad de retirar dinero en efectivo. Llame al servicio para los miembros o visite www.eternalhealth.com para obtener instrucciones específicas sobre el uso de este beneficio y nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>aprobados por Medicare que se compran para el uso del miembro en nuestro catálogo o farmacias minoristas.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos de pacientes ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios son un programa estructurado de tratamiento de salud conductual activa (mental) en el departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un establecimiento de salud con calificación federal, o una clínica de salud rural, con atención más intensa que la que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta pero menos intensa que en la hospitalización parcial.</p>	<p>Paga \$25 de copago por cada hospitalización parcial y consulta como paciente ambulatorio intensivo.</p>
<p>Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)* Una unidad electrónica para el hogar o un colgante para el cuello están disponibles para los miembros que cumplen con los criterios específicos. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo acceder a este beneficio.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio PERS.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico 	<p>Consulta de atención primaria (PCP) \$0 de copago.</p> <p>Consulta a especialista \$0 de copago.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas, diagnóstico y tratamiento de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los indica para ver si necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluidos los médicos de atención primaria y los especialistas, pueden prestarse a través del intercambio electrónico. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y 	<p>Consulta de telesalud \$0 de copago.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales para ciertos servicios prestados durante su consulta con el médico. Por ejemplo, se aplicarán costos compartidos para laboratorios o pruebas de diagnóstico cuando se brinden además de los servicios profesionales.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ el control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>Se requiere una autorización a menos que la atención sea de rutina.</p> <p>\$15 de copago por consultas médicas cubiertas por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (<i>Prostate Specific Antigen</i>, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	otros servicios que reciba durante la consulta.
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.</p> <p>20% de coseguro por servicios protésicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y derivación para rehabilitación pulmonar del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento para reducirlo</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Servicios de educación sobre enfermedades renales</p> <p>\$0 de copago.</p> <p>Servicios de diálisis</p> <p>20% de coseguro por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye tanto las consultas profesionales (consultas en la clínica de diálisis del nefrólogo) como las consultas en el centro de diálisis.</p> <p>La diálisis recibida como paciente hospitalizado se cubrirá según su beneficio de paciente internado.</p> <p>El 20% del costo total de la capacitación en autodiálisis cubierta por Medicare, los suministros y equipos de diálisis en el hogar y ciertos servicios de apoyo en el hogar.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”, que suele denominarse SNF, por sus siglas en inglés). Usted está cubierto durante 100 días por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si va al hospital (o al SNF) después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios médicos o profesionales 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Para estadías en un centro de enfermería especializada, usted paga por período de beneficios:</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20.</p> <p>\$203 de copago por día para los días 21 a 100.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. 	
<p> Servicios para dejar el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo:</u> cubrimos dos intentos de asesoramientos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la consulta.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas</p> <p>Los miembros elegibles para beneficios de SSBCI debido a afecciones como diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) son elegibles para usar su beneficio estándar de medicamentos de venta libre de \$110 combinado con un beneficio adicional de \$50 cada tres meses para alimentos y productos agrícolas o medicamentos de venta libre.</p>	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (<i>Supervised Exercise Therapy, SET</i>) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (<i>peripheral artery disease, PAD</i>) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en tratamiento con ejercicios para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Paga \$15 por los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de transporte</p> <p>eternalHealth cubre servicios ilimitados de transporte para ubicaciones médicas aprobadas por el plan, como visitas al consultorio de un médico y viajes a la farmacia.</p> <p>Los modos de transporte aprobados son taxi, viaje compartido en automóvil, y transporte médico en SafeRide. Esto no incluye traslados en ambulancia. En la sección anterior “Servicios de ambulancia” de esta tabla, podrá ver si corresponden costos compartidos por traslados en ambulancia.</p> <p>Comuníquese con SafeRide para programar un viaje al 1-888-617-0350.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Paga \$0 por viaje con SafeRide.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Se incluyen ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red en los siguientes casos: usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Su plan incluye cobertura mundial de atención de urgencia</p>	<p>Paga \$0 de copago para todas las visitas cubiertas en los consultorios de proveedores para servicios de urgencia.</p> <p>Paga \$0 por servicios de urgencia prestados a través de telesalud.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo.</p> <p>Consulte “Cobertura mundial de emergencia o urgencia” para obtener más información sobre este beneficio complementario.</p>
<p> Atención oftalmológica (cubierta por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por 	<p>Paga \$15 de copago por los exámenes/pruebas de detección de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga \$0 por una pruebas de detección anual de glaucoma si tiene un riesgo elevado.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</p>	
<p>Servicios oftalmológicos (de rutina) y gafas* Un examen oftalmológico de rutina es para revisar su visión y actualizar su receta de anteojos. La refracción está incluida, incluso cuando ya tiene una afección para la cual se recomienda un examen ocular anual, como una prueba de detección de diabetes y una prueba de detección de retinopatía anual.</p> <p>Además, el plan ofrece un beneficio anual que puede cubrir las actualizaciones anuales de sus anteojos cubiertos por Medicare o, si aún no necesita una cirugía de cataratas, un par de anteojos recetados.</p> <p>*Este beneficio no se aplica a su costo máximo de bolsillo.</p>	<p>\$0 de copago por un examen ocular anual de rutina a través de un proveedor participante en EyeMed.</p> <p>Si usted elige un proveedor adherido de EyeMed Vision Care, usted tiene el beneficio de \$200 por año calendario aplicado al momento de la atención y deberá pagar el saldo restante.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como la educación y el asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y las derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>”.</p>
<p>Cobertura mundial de emergencia o urgencia</p> <p>Nuestro plan ofrece un beneficio complementario que cubre servicios de urgencia o emergencias médicas, incluido el transporte de emergencia en ambulancia, si viaja fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de los EE. UU. o sus territorios, usted está</p>	<p>Los siguientes servicios están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$135 de copago por consulta para atención de emergencia.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cubierto. Debe pedirle al proveedor fuera de la red que facture al plan nuestra parte del costo, preferiblemente en inglés y en dólares estadounidenses. Pagaremos al proveedor los montos aprobados por Medicare menos los costos compartidos aplicables. Si hay una diferencia entre el monto pagado y el monto cobrado por el proveedor, es posible que le facturen la diferencia.</p> <p>Si paga el monto total al momento de recibir la atención, deberá pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, preferiblemente en inglés y en dólares estadounidenses, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos directamente menos cualquier costo compartido aplicable. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar el pago del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que solo pagamos montos aprobados por Medicare por servicios cubiertos de proveedores fuera de la red, lo que incluye cualquier proveedor ubicado fuera de los EE. UU. y sus territorios. Consulte la sección 2.4 del capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir servicios cubiertos de proveedores fuera de la red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por consulta para servicios de urgencia. • \$95 de copago por consulta para servicios de ambulancia de emergencia. Los copagos enumerados anteriormente se aplicarán al costo máximo que paga de su bolsillo. No se aplicará ningún costo adicional que no esté cubierto por eternalHealth Horizon (HMO).

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

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

La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos en ninguna situación	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la sección 5 del capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación	
Entrega de comidas a domicilio.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	No cubiertos en ninguna situación	
Atención de rutina de los pies.		<ul style="list-style-type: none"> Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red* o a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la sección 3).

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

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

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

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Puede buscar una farmacia de la red en el Directorio de farmacias, consultar nuestro sitio web (www.eternalHealth.com), o llamar a Servicios de farmacia para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de estar en la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda a Servicios para los miembros o usar el Directorio de farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

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

Con nuestro servicio de pedido por correo puede hacer un pedido de un suministro del medicamento de al menos 30 días y no más de 100 de un medicamento de los niveles 1 a 4.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo hacer surtir sus medicamentos con receta mediante pedidos por correo puede hacer lo siguiente:

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

- Visitar www.optumrx.com.
- Acceder a la aplicación móvil de OptumRx.
- Llamar al +1(800) 891-6989 (para TTY, llame al 711) Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder preguntas y asistir con pedidos de recetas.
- Los formularios de pedidos y la información adicional también puede encontrarse en nuestro sitio web, www.eternalhealth.com, en “For Members” (Para miembros) y “Prescription Drugs and Pharmacy” (Medicamentos con receta y fármacos).

Por lo general, el pedido por correo a la farmacia que brinda el servicio le llegará en no más de 10 días. En el caso de que se retrase su medicamento con receta pedido por correo, comuníquese de inmediato con OptumRx al 1-800- 891-6989 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si su medicamento se retrasa, puede solicitar una anulación por demora del correo y se lo enviarán a una farmacia minorista conveniente en nuestra red.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando los Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891-6989, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si utilizó los pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia rellene y envíe cada una de las nuevas recetas, comuníquese con nosotros llamando a Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891-6989, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si el nuevo medicamento se debe enviar, retrasar o cancelar.

Para desvincularse de los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891-6989, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igual desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia 14 a 20 *días* antes de que su medicamento actual se acabe. Con esto se asegurará de que su pedido se le envíe a tiempo.

Para desvincularse de nuestro programa de preparación automática de resurtidos por pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamando a Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891-6989, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias de venta por menor en nuestra red permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos. Su *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios de farmacia para los miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la parte D**Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan**

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto.

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios de farmacia para los miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.** Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos un suministro de hasta 30 días para los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si usted recibe medicamentos cubiertos de la Parte D despachados por una farmacia en una institución fuera de la red mientras se encuentra en un departamento de emergencias, una clínica con proveedores, una cirugía para pacientes ambulatorios u otro entorno para pacientes ambulatorios.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable para ir en coche que atienda las 24 horas.
- Si está intentando obtener un medicamento con receta cubierto que normalmente no está en stock en una farmacia de venta minorista elegible de la red o farmacia de pedidos por correo.
- Si está de viaje por Estados Unidos, pero se encuentra fuera del área de servicio del plan y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta, cubriremos los que obtenga en una farmacia fuera de la red, si una farmacia de la red no está disponible.
- Si es evacuado o desplazado de su hogar a causa de un desastre declarado por el gobierno Federal u otra declaración de emergencia de sanidad pública.
- Los medicamentos con receta obtenidos fuera de la red serán evaluados caso por caso.
- Resurtir recetas para medicamentos de rutina o de mantenimiento surtidos en farmacias fuera de la red en una situación que NO sea de emergencia, no se considera para la cobertura de su beneficio de la Parte D de Medicare.

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

No podemos pagar por recetas que se obtienen de farmacias fuera de Estados Unidos, incluso en una emergencia médica.

- Puede ubicar todas las farmacias que participan de eternalHealth Horizon (HMO) en su zona a través de nuestro sitio web, www.eternalHealth.com o llamando a Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891 - 6989, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la sección 2 del capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple los requisitos de Medicare y el programa la ha aprobado.

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

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- o -- avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con una marca registrada propiedad de su fabricante. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos normales, a las alternativas no se les dice *productos genéricos*, sino *productos biosimilares*. Normalmente, los genéricos y los productos biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

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

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

- Nivel 1 de costo compartido: medicamento genérico preferido. Esta categoría incluye medicamentos genéricos (la categoría más baja).
- Nivel 2 de costo compartido: medicamento genérico. Esta categoría incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: marca preferida. Esta categoría incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamento no preferido. Esta categoría incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.

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

- Nivel 5 de costo compartido: categoría de especialidad. Esta categoría incluye medicamentos de categoría especial (la categoría más alta).

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

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

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

Tiene cuatro formas para hacerlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más actualizada que le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.eternalHealth.com). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios de farmacia para los miembros de la Parte D para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (www.optumrx.com o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta usted puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y para ver si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que sirvan para tratar la misma enfermedad.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

En las secciones siguientes, se le informa más sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si su medicamento tiene una restricción, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros lo cubramos. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable funciona igual que uno de marca o producto biológico original y cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red se lo proveerán en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o biosimilar intercambiable O ha escrito “Sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o producto biológico original O nos ha informado el motivo por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces sí cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el genérico o biosimilar intercambiable).

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

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.

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

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de **30 días**. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

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

- **Para los miembros que han estado en el plan más de 90 días, residen en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
- Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para *31 días*, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Si experimenta un cambio en su lugar de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), cubriremos un suministro temporal de 31 días (o menos si la receta es para menos días).
- Se permitirá resurtir con antelación cuando corresponda.

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

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del capítulo 9 le dice lo que debe hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

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

Los medicamentos en nuestra categoría de especialidad, el nivel 5, no admiten esta excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**

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

- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza uno de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

- **Medicamentos no seguros y otros en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambas cosas. También podríamos hacer cambios basados en advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para efectuar estos cambios, debemos avisarle con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

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

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. **Uso para una indicación no autorizada** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

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

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

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

Además, **si recibe “Ayuda adicional”** para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

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

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

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

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

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

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

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la parte D**SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos****Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los opiáceos o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe cuidados de hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (<i>Medication Therapy Management, MTM</i>) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	---

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye

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

los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas acerca de este programa, comuníquese con Servicios de farmacia para los miembros

CAPÍTULO 6:

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D**¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si participa en un programa con ese fin, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no corresponderle**. Le hemos enviado un inserto aparte denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las secciones 1 a 4 del capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la sección 3.3 del capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros.

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

Hay distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

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

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

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial.
 - La etapa de período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **por sí mismo**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa en su nombre **ciertas otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en los costos que paga de su bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) han gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la etapa de período sin cobertura a la de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- No cubiertos por nuestro plan.
- Obtenidos en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los recetados cubiertos por las partes A o B y otros excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin cobertura.
- Pagos que haga un plan de salud grupal incluido el plan de salud de su empleador.
- Pagos que hagan ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el Gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos realizados por un tercero con obligación legal de pagar costos de medicamentos con receta (como Indemnización laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llegue a \$8,000, este informe le avisará de que usted ha dejado la etapa de intervalo en la cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** En la sección 3.2, se menciona lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado están completos y actualizados.

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

Sección 2.1	Cuáles son las etapa de pago de medicamentos para los miembros de eternalHealth Horizon (HMO)?
--------------------	---

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para la cobertura de sus medicamentos con receta bajo eternalHealth Horizon (HMO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las secciones de 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa del período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)
--------------------	---

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago a la siguiente. En particular, llevamos registro de dos tipos de costos:

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

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

Información para ese mes. En este informe se brindan detalles de pago de los medicamentos que ha hecho surtir en el mes anterior. Se presentan los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan, y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.

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

Los totales para el año desde el 1 de enero. A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Información sobre precios de medicamentos. Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.

Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo. Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

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

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

Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta. Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.

Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos. En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la sección 2 del capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Son ejemplos los pagos que hacen: un Programa de Asistencia Farmacéutica del estado, un programa de asistencia de medicamentos para sida (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud

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

Indio, y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted cree que algo falta o si tiene preguntas, comuníquese con nosotros a través de Servicios de farmacia para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para eternalHealth Horizon (HMO)

No hay deducible para eternalHealth Horizon (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante esta etapa, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos y usted paga lo que le corresponde.

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta
--

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de su medicamento con receta cubierto, y usted paga lo que le corresponde (su copago). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Los niveles de costo compartido del plan son cinco.

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

- Nivel 1 de costo compartido: medicamento genérico preferido. Esta categoría incluye medicamentos genéricos (la categoría más baja).
- Nivel 2 de costo compartido: medicamento genérico. Esta categoría incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: marca preferida. Esta categoría incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamento no preferido. Esta categoría incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos. Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

- Nivel 5 de costo compartido: categoría de especialidad. Esta categoría incluye medicamentos de categoría especial (la categoría más alta). Paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacias

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta minorista en la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

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

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

Como se puede ver en la tabla que sigue, el monto de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de la atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura es limitada en ciertas situaciones; ver Capítulo 5 para obtener detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (genérico preferido)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamento genérico)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Categoría de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes por cada producto cubierto de insulina, sin importar el nivel de costo compartido.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la sección 9 de este capítulo.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4	Tabla en la que se ven sus costos para un suministro de medicamentos a largo plazo (hasta 100 días)
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro de largo plazo es de hasta *100* días.

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

- A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamento genérico preferido)	<i>\$0 de copago</i>	<i>\$0 de copago</i>

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

Nivel 2 de costo compartido (Medicamento genérico)	<i>\$15 de copago</i>	<i>\$5 de copago</i>
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	<i>\$135 de copago</i> <i>\$105 de copago por insulina</i>	<i>\$45 de copago</i> <i>\$35 de copago por insulina</i>
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	<i>\$300 de copago</i>	<i>\$300 de copago</i>
Nivel 5 de costo compartido (Categoría de especialidad)	No hay suministro de largo plazo disponible para medicamentos de nivel 5	No hay suministro de largo plazo disponible para medicamentos de nivel 5

No pagará más de \$70 para un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada uno de los productos de insulina cubiertos, sin importar el nivel de costo compartido en una farmacia de venta minorista o \$35 por un suministro de hasta 3 meses de pedidos por correo.

Sección 5.5 **Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus medicamentos para el año alcance los \$5,030**

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que surtió alcanza el **límite de \$5,030 en esta etapa**.

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

Le informaremos cuando alcance este monto. Si la alcanza, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la de período sin cobertura. Consulte la sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 **Costos en la etapa del período sin cobertura**

Cuando usted está en la etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

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

También recibirá algo de cobertura por medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Cuando llega a este límite de \$8,000, usted sale de la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los requisitos de coseguro de la etapa del período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D, ni tampoco a las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajeros.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes por cada producto cubierto de insulina, sin importar el nivel de costo compartido. Para obtener información sobre las vacunas de la Parte D y su costo compartido, consulte la sección 9 de este capítulo.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 por año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

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

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

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna** (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (*Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP*), ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP), y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración). (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la sección 2 de este capítulo.

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

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le adeuda algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídaños reembolsarle la diferencia entre lo que pagó y lo que adeuda según el plan.

3. Si se inscribe en forma retroactiva en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

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

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

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva su tarjeta, puede pedir a la farmacia que llame al plan o busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la

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

información de inscripción que necesita, puede que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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

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

Puede pedirnos un reembolso a través de una solicitud escrita. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 90 días** de recibido el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con más rapidez. Envíe el formulario DMR junto con los comprobantes, incluida una factura detallada con comprobante de pago.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.eternalHealth.com) o llame a Servicios para los miembros y pídale.

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

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

Para solicitudes de pagos médicos:

C/O Claims Department
PO Box 1263
Westborough, MA 01581

Para solicitudes de pagos de medicamentos (Parte D):

OptumRx Claims
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1	Revisamos si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto adeudamos
--------------------	--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el medicamento o la atención médica *no* tienen cobertura o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--------------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder las preguntas de aquellos miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, llámenos para presentar un reclamo en Servicios para los miembros de eternalHealth al 1-800-680-4568. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor para su atención. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una derivación y pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades**Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros**

Tiene derecho a ver sus registros médicos que guarda el plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos agregados o correcciones. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deberían realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

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

Como miembro de eternalHealth Horizon (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

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

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

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene el derecho a que se le informen los riesgos que puede involucrar su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar un tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su propia atención médica debido a un accidente o enfermedad grave. Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

Completar un formulario por escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no tiene la capacidad de tomar decisiones por sí mismo;

Dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si pierde la capacidad para tomar decisiones.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar las **directivas anticipadas** para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde lo obtenga, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar pedir a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde: es su elección llenar un formulario de directivas anticipadas (inclusive si desea firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Arizona Department of Health Services llamando al 602-542-1025.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que se lo trata injustamente o que no se respetan sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que lo han tratado de manera injusta o que no han respetado sus derechos, y *no* es una cuestión de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que enfrenta:

Puede llamar a **Servicios para los miembros.**

Puede **llamar a SHIP.** Para obtener más información, consulte la sección 3 del capítulo 2.

O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros.**
- Puede **llamar a SHIP.** Para obtener más información, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede consultar 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).

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Presente la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que actúen de una manera que contribuya a un funcionamiento sin complicaciones del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

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

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud
--

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. Además, también pueden responder sus preguntas, brindarle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

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

Los servicios que ofrecen los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en el capítulo 2, sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

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

También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **sección 4, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Salte a la **sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de fundamentos de decisiones de cobertura y apelaciones

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

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de cobertura deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de esto son: si la solicitud está incompleta, si alguien la hace en su nombre sin estar legalmente autorizado a hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué lo hicimos y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2, consulte la **sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la sección 7 de este capítulo.

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

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

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

Puede llamarnos a Servicios para los miembros.

Puede **obtener ayuda gratuita** de su programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

Su médico puede realizar la solicitud por usted. Si su médico ayuda con una apelación más allá del nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf y en nuestro sitio web: www.eternalHealth.com).

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de nivel 1, esta se enviará automáticamente al nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de nivel 2.

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

Puede solicitar que alguien actúe en su nombre. Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el *formulario Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf y en nuestro sitio web: www.eternalHealth.com). El formulario le otorga a esta persona el permiso de actuar en nombre de usted. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

También tiene derecho a contratar a un abogado. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

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

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

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

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

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para esos medicamentos de las que se aplican a artículos y servicios médicos.

En esta sección, se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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

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

Términos legales

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

Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación acelerada .

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

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

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

- Puede solicitar cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si recurrir a los plazos estándares podría *causarle daño grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle cobertura estándar en lugar de la cobertura rápida que solicitó.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

En el caso de las decisiones de cobertura rápida, usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

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

Términos legales

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

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del plazo extendido, si tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud en forma automática al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta en un plazo de **7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo exige.

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

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si lo que solicita es un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2

Término Legal

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

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.

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

- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si lo que solicita es un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si lo que solicita es un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para **las solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización responde en forma negativa a una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debería aprobar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explique su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La sección 9 de este capítulo explica los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	--

En el capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si lo hace, nos pide que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso que se describe en la sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.

Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una determinación de cobertura .
--

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

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

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

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

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

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

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o quien recete pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de costo compartido.** Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de *cinco* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.

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

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5 (Categoría de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer sobre pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Él u otra persona que haga sus recetas deben darnos una declaración de las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si pide una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud a menos que todos los medicamentos alternativos de niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder su solicitud en forma afirmativa o negativa

Si decimos sí, nuestra aprobación en general es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Las decisiones de cobertura rápidas se toman en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.

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

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

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

- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otra persona autorizada a emitir recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 contiene información de contacto. También puede presentar una solicitud a través del portal para miembros de OptumRx en www.optumrx.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar en un plazo de **72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos al 1 (888) 403-3398. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1 (888) 403-3398.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, damos otra mirada detallada a toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si respondemos en forma negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si respondemos en forma negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos en forma negativa a su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

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

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

Término Legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

Si rechazamos su apelación del nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 24 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

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

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

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

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede hallar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le explica cómo puede comunicarse con ellos. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización de mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un Aviso detallado del alta. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que

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

su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En ese caso, **nuestra cobertura para los servicios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **puede que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la organización le dé respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores analizarán en detalle otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando la cobertura de su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos y puede que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere continuar y presentar una apelación de nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de nivel 3, tiene los detalles de cómo hacer eso en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 **¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?**

Término Legal

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

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si la utiliza, *los primeros dos niveles son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos en lugar de los estándares. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta prevista, entonces **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de esa fecha.

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

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de nivel 2 *alternativa*

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Organización de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es un ente independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- Si esta organización *acepta su apelación*, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- Si esta organización *rechaza su apelación*, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de nivel 3.
- En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1 ***Esta sección trata solo acerca de tres servicios:***
Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, de enfermería especializada o de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguirlos recibiendo siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo*.

Si cree que terminamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le indica cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra determinación de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más extenso.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe entender lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.

Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

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

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores hacen lugar a su apelación, **debemos seguir brindándole servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores analizarán en detalle otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** a su atención siempre que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que maneja un juez administrativo o abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de nivel 3, tiene los detalles de cómo hacer eso en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si la utiliza, *los primeros dos niveles son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 alternativa

Término Legal

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta dentro de los plazos rápidos en lugar de los estándares. El capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos en forma negativa a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Organización de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso a paso: Proceso de apelación de nivel 2 alternativa

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es un ente independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la respuesta de la organización es *negativa***, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de nivel 3, tiene los detalles de cómo hacer eso en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de nivel 2.
- Una apelación de nivel 3 la revisa un juez de derecho administrativo o un mediador especialista en audiencias y apelaciones. En la sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*. A diferencia de la apelación de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

Si el juez administrativo o abogado mediador dan una respuesta negativa, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de **Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*. A diferencia de la decisión tomada en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de nivel 5 Un juez del tribunal federal de primera instancia revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el tribunal federal de primera instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamento** que aprobó el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas en apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del tribunal federal de primera instancia revisará su apelación.

Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el tribunal federal de primera instancia.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?• ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros?• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar demasiado para tenerla?• ¿Lo han hecho esperar demasiado médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?<ul style="list-style-type: none">○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos un aviso requerido?• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

Por lo general, llamar a Servicios para los miembros es el primer paso. Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.

Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Debe presentar un reclamo antes de los 60 días de producido el evento en cuestión, ya sea que lo presente en forma oral o escrita. Para hacerlo puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o enviar un fax al 1-866-326-1073. También puede escribir y enviar su reclamo por correo postal a:

eternalHealth
C/O Appeals & Grievances
PO Box 1377
Westborough, MA 01581

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

El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida. Eso significa que le daremos **una respuesta dentro de las siguientes 24 horas.**

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad
---------------------	--

Cuando su queja es sobre *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.

Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre eternalHealth Horizon (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su
membresía en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Su membresía en eternalHealth Horizon (HMO) puede terminar en forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no lo decidió usted):

Podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las secciones 2 y 3 se le brinda información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.

- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual.
--------------------	---

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (o **período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un solo* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo.

Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage, usted puede realizar lo siguiente:

- Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.

Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de eternalHealth Horizon (HMO) pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Es lo que se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial si está en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o consultar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

En general, cuando se muda.

Si usted tiene el Programa de Medicaid de *Arizona* (AHCCCS).

Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

Si violamos nuestro contrato con usted.

Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. En la sección 10 del capítulo 5, se le proporcionan más detalles sobre programas de administración de medicamentos.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.**

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.
- *o bien*, Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan de salud de Medicare	Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en el plan eternalHealth Horizon (HMO) se cancelará en forma automática cuando comience la cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en el plan eternalHealth Horizon (HMO) se cancelará en forma automática cuando comience la cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.	Envíenos una solicitud escrita para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros. También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en el plan eternalHealth Horizon (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.

Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedidos por correo para obtener sus medicamentos con receta.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, la estadía tendrá cobertura de nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si se la dan después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 eternalHealth Horizon (HMO) debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

eternalHealth Horizon (HMO) debe terminar su membresía en el plan si se produce cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se traslada fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si en forma intencional nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerlo dejar nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si en forma constante se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindar atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerlo dejar nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerlo dejar nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

eternalHealth Horizon (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las reglamentaciones creadas según esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act), la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act), la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (Age Discrimination Act), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), eternalHealth Horizon (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Eventos fuera de nuestro control

En caso de desastre natural, epidemia, inundación, incendio, terremoto, guerra, huelga, cierre, revuelta, insurrección, destrucción de establecimiento o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté dentro de nuestro control, los proveedores pueden volverse inaccesibles para coordinar o proporcionar servicios de salud basados en esta Evidencia de cobertura e Información de divulgación, y luego intentaremos disponer servicios cubiertos en el grado en que sea práctico y acorde a nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendrán responsabilidad civil ni obligación por demora o falla para proporcionar o disponer servicios cubiertos si tal demora es resultado de alguna de las circunstancias antes mencionadas.

SECCIÓN 5 Responsabilidad civil del miembro en caso de no pagar

A menos que la ley lo requiera de otro modo, usted es responsable de cualquier coseguro o copago que corresponda cuando un proveedor de eternalHealth administra servicios cubiertos.

Usted es responsable de servicios para los que haya una tarifa si el beneficio no está incluido en esta Evidencia de cobertura (EOC). Si eternalHealth no paga a un proveedor los servicios cubiertos, usted no es responsable con el proveedor por un monto adeudado por eternalHealth.

Sin embargo, si recibe servicios de un proveedor médico sin contrato, ni eternalHealth ni Medicare los pagarán.

SECCIÓN 6 Responsabilidad de tercera persona

Si sufre lesiones como resultado de la conducta o una acción de un tercero y tiene derecho a recuperación por lesión para gastos médicos, tiene que compensar a eternalHealth por el valor razonable de los servicios médicos recibidos.

Si tiene gastos de atención de salud relacionados con la enfermedad o lesión después de recibir recuperación, excluirémos beneficios por gastos cubiertos de otro modo hasta el monto total de gastos de atención en los que incurra después de que se supere el monto de recuperación neta.

Si otra fuente de seguro cubre lesiones causadas por un tercero (como seguros de pago médico, sin culpa o responsabilidad civil), entonces deben agotarse los beneficios de esa fuente antes de que eternalHealth proporcione cobertura.

Usted debe notificar a eternalHealth cuando exista la posibilidad de que un tercero sea responsable de las lesiones sufridas por usted. eternalHealth tendrá un derecho de retención de primera parte contra cualquier acuerdo relacionado con el accidente, incluso si el acuerdo no incluye específicamente el pago de los costos médicos. Con el acuerdo, se reembolsará a eternalHealth a las tasas actuales para el costo de servicios y beneficios proporcionados como resultado de la lesión. En caso de que el tercero no satisfaga el derecho de eternalHealth con pago directo, usted acepta reembolsarnos cualquier monto que hayamos pagado en relación con

Capítulo 11 Avisos legales

el tratamiento de la lesión o cualquier complicación que pudiera tener, sin superar el monto de recuperación.

Usted acepta cooperar con nosotros para proteger sus intereses según esta sección y ejecutar y entregar a eternalHealth, o su representante designado, todas las cesiones u otros documentos que puedan ser necesarios o apropiados para cumplir y proteger nuestros derechos en forma total y completa.

SECCIÓN 7 Términos adicionales a considerar:

1. eternalHealth puede cubrir servicios y suministros que no figuren en forma específica en esta Evidencia de cobertura. Esto se aplica si llegamos a la conclusión de que tales servicios y suministros son en reemplazo de otros más costosos que de otro modo serían necesarios para la atención y el tratamiento de un miembro.
2. Los beneficios que se proporcionan según esta Evidencia de cobertura son para beneficio personal del miembro y no pueden transferirse o cederse. Cualquier intento de ceder este contrato ocasionará la terminación automática de todos los derechos en virtud de él.
3. Esta Evidencia de cobertura y las cláusulas correspondientes adjuntas, y su formulario de inscripción completado, constituyen el contrato completo entre las partes y a partir de la fecha de entrada en vigor, sustituye todo otro acuerdo entre las partes.
4. Solo un funcionario ejecutivo de eternalHealth tiene autoridad para dejar sin efecto condiciones o restricciones de esta Evidencia de cobertura o la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4. Ningún cambio en este documento tendrá validez a menos que un funcionario ejecutivo autorizado de eternalHealth firme una adhesión o enmienda.
5. Las relaciones entre nosotros y nuestros proveedores y hospitales de la red son entre contratistas independientes. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red o sus médicos o empleados son empleados ni agentes de eternalHealth o alguna de sus afiliadas.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona en forma exclusiva con el propósito de proveer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan tener una estadía de no más de 24 horas en el establecimiento.

Período de inscripción anual: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Apelar: es lo que hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: lo que un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente por encima del monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de eternalHealth Horizon (HMO) usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por este. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si va al hospital o centro de enfermería especializada después de que ha terminado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de animales o de plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Medicamento biosimilar: un medicamento con receta que se considera muy similar, pero que no es idéntico, al producto biológico original. Los medicamentos biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, por lo general, requieren de una nueva receta para sustituir el producto biológico original.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Tiene la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya ganado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es el organismo federal que administra Medicare.

Special Needs Plan para atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Monto máximo de bolsillo combinado: lo máximo que pagará en un año por todos los servicios de las Partes A y B tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de ella (no preferidos).

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, CORF: centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costo compartido: son los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: decisión sobre si el plan cubre o no un medicamento que le recetaron y el monto, si corresponde, que debe pagar por él. En general, si lleva su receta a la farmacia y allí le indican que su plan no cubre ese medicamento con receta, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: así se denominan todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos en esta EOC para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, pueden en general mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: atención personal que se brinda en un centro de cuidados de ancianos, de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción: proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se despacha para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envolver el medicamento con receta.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Special Needs Plan de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, en los que se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio: beneficio que otorga un trato especial a un miembro con certificación médica de enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige uno y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: admisión formal a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera cierto número, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que ha pagado el plan en su nombre o gastos de bolsillo, alcancen en el año los \$5,030.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en las partes A y B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de las partes A y B recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte de los costos cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido).

Special Needs Plan (SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Special Needs Plan (SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que viven en una residencia de vivienda asistida (ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos: lista de medicamentos con receta que cubre el plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Costo máximo de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de las partes A y B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección y cumplen con estándares aceptados de buena práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las partes A y B del programa. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros que hayan llegado a la etapa del período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de las partes A y B a personas con Medicare que se inscriben en él. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Special Needs Plans, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta de pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A o B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que vende una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios para los miembros: departamento dentro de nuestro plan a cargo de responder sus preguntas sobre membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto que ha aprobado, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Las Partes A (seguro hospitalario) y B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecerlos todos o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de volverse elegible para inscribirse en un plan de la Parte D.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los proporcionen proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será en general más alto cuando los reciba de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado que se solicita para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios del capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de administración destinada a limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos del costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Special Needs Plan: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización por el que se le exige probar primero otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que tienen una discapacidad, ceguera o 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

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

Servicios para los miembros de eternalHealth Horizon (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
SITIO WEB	www.eternalHealth.com

Método	Servicios para los miembros de farmacia de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-891-6989 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	3515 Harbor Blvd., Costa Mesa, CA 92626

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP)

Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) Información de contacto
LLAME AL	1-800-432-4040
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.