

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

En este documento brinda los detalles sobre la cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a 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 local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.

eternalHealth ofrece este plan, eternalHealth Grand Give Back (HMO). Cuando en esta Evidencia de cobertura dice “nosotros” o “nuestro”, significa eternalHealth. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, hablamos de eternalHealth Grand Give Back [HMO]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si necesita información en un idioma o formato diferente (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.

Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más comúnmente hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o los estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieren ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

H3551-002_GGB_EOC26_C

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Usted es miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO).....	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía.....	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de eternalHealth Grand Give Back (HMO).....	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía en la parte D	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan.....	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1 Contactos de eternalHealth Grand Give Back (HMO)	19
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare.....	23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro de salud (SHIP).....	24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	26
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6 Medicaid	27
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados...	29
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	31
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador	32
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica...	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	39
SECCIÓN 4 Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos	41
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	42
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	44
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	45
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga).....	47
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	47

Índice

SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	49
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	99
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D.....		102
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la parte D de nuestro plan	102
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.....	103
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	107
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	109
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	111
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	114
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	116
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	118
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la parte D en situaciones especiales	118
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos	120
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la parte D		123
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la parte D	123
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de eternalHealth Grand Give Back (HMO).....	125
SECCIÓN 3	<i>Su Explicación de beneficios (EOB)</i> de la parte D explica en qué etapa de pago se encuentra.....	126
SECCIÓN 4	La etapa deducible.....	128
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	128
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	134
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la parte D.....	134
CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos		137
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	137
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió .	140
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	141
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		142
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	142

Índice

SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	149
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 151		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	151
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	152
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	152
SECCIÓN 4	Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	153
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	156
SECCIÓN 6	Medicamentos de la parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	165
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....	177
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	182
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	187
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	190
CAPÍTULO 10: Finalizar la membresía en nuestro plan..... 194		
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	194
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	194
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	197
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	198
SECCIÓN 5	eternalHealth Grand Give Back (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones	198
CAPÍTULO 11: Avisos legales 200		
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	200
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	200
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	201
CAPÍTULO 12: Definiciones..... 202		

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Sección 1.1 Está inscrito en eternalHealth Grand Give Back (HMO), que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, eternalHealth Grand Give Back (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la parte A y la parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

eternalHealth Grand Give Back (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) que Medicare aprueba y administra una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo eternalHealth Grand Give Back (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*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en eternalHealth Grand Give Back (HMO) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de eternalHealth Grand Give Back HMO después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tener tanto la parte A como la parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para eternalHealth Grand Give Back (HMO)

eternalHealth Grand Give Back (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 nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Arizona: Graham, Maricopa, Pima y Pinal

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residencia legal

Usted debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a eternalHealth Grand Give Back (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan. eternalHealth Grand Give Back (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si la usa en lugar de la credencial de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO), puede que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la credencial 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 (también denominados ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* www.eternalHealth.com enumera nuestros proveedores de red actuales y 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 debida autorización, 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),

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

servicios de diálisis fuera del área y casos en los que eternalHealth Grand Give Back (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores y distribuidores en nuestro sitio web en www.eternalhealth.com.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los Miembros llamando al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El documento solicitado, *Directorios de proveedores*, se le enviará por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de Farmacias* www.eternalHealth.com enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Use 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 de nuestro plan.

El *Directorio de farmacias* también muestra qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferencial, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los Miembros llamando al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos con receta de la parte D cubre el beneficio incluido en eternalHealth Grand Give Back (HMO). Nuestro plan selecciona los elementos en la lista, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado *la Lista de medicamentos de eternalHealth Grand Give Back (HMO)*.

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no está en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.eternalhealth.com o llame a Servicios para los Miembros 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
Monto máximo para gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la parte A y la parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$4,550 Cuando haya pagado \$4,550 de su bolsillo para servicios cubiertos por la parte A y la parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la parte A y la parte B por el resto del año calendario.
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por consulta
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por consulta
Hospitalizaciones	Paga \$325 de copago por día durante los días 1 a 5. Paga \$0 de copago por día durante los días 6 a 90. Paga \$0 de copago por día durante el día 91 y posteriores

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Deducible de cobertura de medicamentos de la parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	Deducible: \$400 para los niveles 4 y 5 a excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Categoría del medicamento 1: copago de \$0. • Categoría del medicamento 2: \$5 de copago. • Categoría del medicamento 3: \$47 de copago. Usted paga \$35 o el 25%, lo que sea menor, del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. • Categoría del medicamento 4: 35% de coseguro. Usted paga \$35 o el 25%, lo que sea menor, del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. • Categoría del medicamento 5: 28% de coseguro. Usted paga \$35 o el 25%, lo que sea menor, del suministro mensual de cada producto de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos en 2026
insulina cubierto en esta categoría. Cobertura catastrófica: durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la parte D

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la parte D (Sección 4.4)
- Importe del monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual aparte por eternalHealth Grand Give Back (HMO).

Las primas de la parte B y la parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y usted 2026*, la sección titulada *2026 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2026). Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la parte B de Medicare

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

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la parte B. También puede pagar una prima por la parte A si no es

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

elegible para la parte A sin prima. eternalHealth Give Back (PPO) acreditará hasta \$65 en su prima mensual de la parte B.

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, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la parte D u otra cobertura para medicamentos con receta válida. La cobertura válida para medicamentos con receta 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 la parte D u otra cobertura de medicamentos válida. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la parte D.

Cuando recién se inscribe en eternalHealth Grand Give Back (HMO), le informamos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Tuvo una cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, (como una antigua empresa, un antiguo sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de ese 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 acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la parte D. 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,

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto de la prima promedio es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base del beneficiario nacional y redondéelo a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$36.78 que es igual a \$5.15. Esto se redondea en \$5.10. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan 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 la multa mensual por la multa por inscripción tardía de la parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base del beneficiario nacional puede cambiar cada año.
- **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.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su 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, conocido como el monto de ajuste mensual según los ingresos, (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su modificación del 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 podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si debe pagar un IRMAA 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 de nuestro 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 IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si usted está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de farmacia por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que le quedan al año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía en la parte D

Sección 5.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía de la parte D

Hay tres formas de pagar la multa por inscripción tardía de la parte D.

Opción 1: Pagar con cheque

La multa por inscripción tardía de la parte D vence mensualmente, pero puede pagarla trimestralmente o anualmente si lo desea. Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía de la parte D 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 haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Incluya su número de identificación de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

miembro en el cheque. Los pagos deben enviarse por correo a eternalHealth, Attn: Finance Department, PO Box 411639, Boston, MA 02241-1639. 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 multa por inscripción tardía de la parte D mediante el sistema de pago seguro en línea de eternalHealth en el Portal para miembros, que le permite configurar pagos automáticos o realizar un pago por única vez 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 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 3: Que se deduzcan las multas por inscripción tardía en la parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía de la parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, los planes deben indicar cómo el miembro puede cambiar su método de pago seleccionado.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la parte D

Su multa por inscripción tardía de la parte D se debe pagar en nuestra oficina antes del último día de cada mes. Si no recibimos su pago antes del último día de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que nuestra membresía del plan finalizará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la parte D, si corresponde, dentro de los 30 días. Si tiene una multa por inscripción tardía en la parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la parte D, si la adeuda, a tiempo, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la parte D, si la adeuda, Original Medicare le brindará cobertura médica. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

plan durante el Período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D mientras tenga la cobertura de la parte D).

Si considera que finalizamos su membresía de manera injusta, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la parte D, si la adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-(800) 680-4568 entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted se vuelve elegible para Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la parte D y resulta ser elegible para la Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la parte D.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía 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 otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

montos del costo compartido. Es por ello que es muy importante que usted ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, indemnización laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten 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 fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa 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 alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 paga primero ("el pagador primario") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si hay costos que no cubre la cobertura primaria. 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 debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ERT):
 - 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 ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea 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.
- Indemnización 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

SECCIÓN 1 Contactos de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de eternalHealth Grand Give Back (HMO) 1 (800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto

Llame al	1 (800) 680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. Servicios para los miembros 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
Fax	1-(866) 347-8130
Escriba a	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
Sitio web	www.eternalhealth.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo 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 de la parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto

Llame al	1 (800) 680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
Fax	Decisiones de cobertura: 1-(866) 347-8128 Apelaciones: 1-(866) 692-7270
Escriba a	Decisiones de cobertura: eternalHealth Attention: Coverage Decisions PO Box 1377 Westborough, MA 01581 Apelaciones: eternalHealth Attention: Coverage Decisions PO Box 1377 Westborough, MA 01581
Sitio web	www.eternalhealth.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la parte D: información de contacto**

Llame al	1 (800) 891-6989 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711
Fax	1 (877) 239-4565
Escriba a	OptumRx Appeals PO Box 2975 Mission, KS 66201
Sitio web	www.eternalhealth.com

Cómo 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 o de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

Llame al	1 (800) 680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
Fax	1-(866) 692-7270
Escriba a	eternalHealth

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	PO Box 1377 Westborough, MA 01581
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre eternalHealth Grand Give Back (HMO) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Quejas sobre medicamentos de la parte D: información de contacto

Llame al	1 (800) 891-6989 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Escriba a	OptumRx Medicare Grievance Department 6860 W 115 th Street Overland Park, Kansas 66211
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre eternalHealth Grand Give Back (HMO) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte 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 que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte 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 que paguemos al proveedor la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame al	1-800-680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete 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.
Fax	1-(866) 347-8132
Escriba a	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
Sitio web	www.eternalhealth.com

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de 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 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Esta agencia mantiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre eternalHealth Grand Give Back (HMO). Para presentar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro de salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, el SHIP se llama Programa de Asistencia de Seguro de Salud del estado de Arizona.

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud 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 de salud.

Los asesores del Programa de asistencia sobre seguro médico del estado de Arizona pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de asistencia sobre seguro médico del estado de Arizona 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.

Programa de asistencia sobre seguro médico del estado de Arizona
Información de contacto – Información de contacto

Llame al	1-800-432-4040 Horarios: de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-(800) 325-0778 Las llamadas a este número son gratuitas.
Escriba a	Division of Aging and Adult Services Arizona Department of Economic Security 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007 contactdaas@azdes.gov
Sitio web	www.azship.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para Arizona, la organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Livanta (organización para la mejora de la calidad de Arizona: información de contacto)

Llame al	1-(877) 588-1123 De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Sábados y domingos: de 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas
TTY	1-(855) 694-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Sitio web**www.livantaqio.com/en**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja la inscripción a Medicare. 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, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

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.

Utilice 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 webwww.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. Medicaid

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorro de Medicare** incluyen:

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

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con el **Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona**.

Sistema de contención de costo de atención médica de Arizona: información de contacto

Llame al	1-800-523-0231 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de Montaña
TTY	1-800-842-6520 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. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de Montaña
Escriba a	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ, 85034
Sitio web	www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. 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. La “Ayuda adicional” también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta violeta para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para solicitar en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique lo contrario en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para Ayuda adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional con los gastos de sus medicamentos con receta, pero no tiene o no encuentra pruebas, póngase en contacto con Servicios para los Miembros llamando al 1-(800) 680-4568. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para obtener ayuda. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Trabajaremos con usted para actualizar el estado de su programa de Ayuda adicional basándonos en las mejores pruebas disponibles. Cuando tengamos evidencia que demuestre el nivel

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program. ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Los medicamentos de la parte D de Medicare que también están cubiertos en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos con receta por medio del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Arizona (ADAP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP 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 trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto**Llame al**

1-844-368-8729

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Las llamadas a este número son gratuitas. De 5 a.m., hora del Centro, a 10 p.m., hora del Centro, los 7 días de la semana para presentar su solicitud por teléfono. 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. 24 horas al día, 7 días a la semana
Escriba a	Optum Rx Attn: M3P Election Processes PO BOX 650287 Dallas, TX 75265-0287
Sitio web	https://m3p-form.optumrx.com/?cid=etHealth

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 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 Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Presione “1” para acceder a la línea de asistencia automatizada y obtener información grabada de RRB HelpLine durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número no son gratuitas.

Sitio web

<https://RRB.gov>

SECCIÓN 9 Si 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 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos 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 entender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para conocer detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 **Proveedores de la red y 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 **Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan**

Como plan de salud de Medicare, eternalHealth Grand Give Back (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de ese programa.

eternalHealth Grand Give Back (HMO) cubrirá, en general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **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.
- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe dar su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda recurrir a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor el total por los servicios que recibe. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver cuáles son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - 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. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro 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 de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le 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 usted es miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Si no elige un PCP, le asignaremos uno.
- Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Generalmente actúan como PCP médicos de medicina interna, medicina general, geriatras, médicos de familia o enfermeros especializados. 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 elegir un 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.

Para hacer su selección, puede completar la sección de PCP en el formulario de inscripción o llamar a Servicios para los Miembros al número en el reverso de este documento. Los miembros con un Portal para miembros personal pueden realizar selecciones de PCP allí.

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

Si es nuevo paciente para su PCP, es importante que programe su examen físico inicial y sus consultas anuales de bienestar en los 90 días siguientes a su inscripción. Esa evaluación proporciona a su PCP un punto de partida para tratarlo.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en todo momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir un nuevo PCP. Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en todo 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 en su PCP, el cambio entrará en vigencia de inmediato o al recibir la solicitud.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los Miembros. Los afiliados con acceso al Portal para miembros pueden cambiar su PCP en el Portal, lo que les permite seleccionar un nuevo PCP dentro de nuestra red.

Si desea más información o ayuda para configurar su cuenta en el Portal para miembros, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de un PCP

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

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos 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 de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de enfermedades ya existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) al proveedor no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568-(los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Para algunos tipos de servicios, 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 están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan.

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

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

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro 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 visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo consultó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que reciba atención continua.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención a nuestro plan, o ambas opciones (Consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo 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:
 - o 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 de salud del plan no puedan proporcionar dentro del área de servicio. En este caso, se requiere autorización previa de eternalHealth Forever (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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 “carga máximo” (o “carga límite”).

- Por último, hay otra circunstancia en la que nuestro plan permitirá a los miembros 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 traslado 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 EE. UU. o de sus territorios, pagamos al proveedor según las tarifas del plan Medicare menos sus montos de costo compartido. 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 la Sección 2.1 del Capítulo 4, “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 en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

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 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 a nuestro 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).

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

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

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 emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe atención adicional de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera un servicio necesario de urgencia y debe seguir las reglas indicadas a continuación para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de enfermedades ya existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

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 oportuna participante o a cualquiera de los centros de atención de urgencia de la red. Además, llame a nuestra línea directa de enfermería 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 o de urgencia fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias, cuando sea médicamente necesario.

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

Sección 3.3 Obtener atención durante una catástrofe.

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente estadounidense declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igual tiene derecho a recibir la atención de nuestro plan.

Visite www.eternalhealth.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro 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 recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que

paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

eternalHealth Grand Give Back (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, 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 atención no cubierta por nuestro plan no contará para el 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 Servicios médicos 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. 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 de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, 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. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos u obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien 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 no ha aprobado, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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 pague 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.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 con nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Usted notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 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, brindaremos cobertura para atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 nuestro 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Sus límites de cobertura y beneficios para los servicios de instituciones de atención sanitaria no médica religiosas son los mismos que para la atención hospitalaria para pacientes internados, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención en una agencia de atención médica domiciliaria, tal como se describe en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipo 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 recetados por un proveedor para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos DME, como las prótesis. Otros tipos de DME los 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. Como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿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 para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Esos pagos a Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de tener la propiedad del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo 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. Cualquier pago que ya haya realizado (a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, eternalHealth Grand Give Back (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 Grand Give Back (HMO) o ya no tiene una necesidad médica de él, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma empresa, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen los siguientes.

- **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 le brinda más información sobre sus copagos).
- **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 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) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por las partes A y B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (Maximum Out-of-

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

Pocket, MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es \$4,550.**

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 monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por medicamentos 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 para gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo para gastos de bolsillo de \$3,350, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la parte A y la parte 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).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. 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.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de 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. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando tiene una derivación o para emergencias o servicios necesarios de urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por

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

la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una derivación, o en caso de emergencias o para servicios de urgencia necesarios fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre eternalHealth Grand Give Back (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con los lineamientos de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- 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 nuestro plan o un proveedor de la red le ha dado una derivación. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.

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

- 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.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante.

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*. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos los servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también recibe tratamiento o control 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 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y usted cumple con determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Cáncer
 - Enfermedades cardiovasculares (incluida la hipertensión)
 - Enfermedad renal crónica
 - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
 - Diabetes
- Una vez inscrito, comuníquese con Servicios para los Miembros para informar a eternalHealth que es elegible para este beneficio. Recibirá el beneficio al día siguiente.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila *Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

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

- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asociado médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	<u>Acupuntura cubierta por Medicare</u> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. <u>Servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina*</u> Usted paga un copago de \$25 por acupuntura y quiropráctica de rutina hasta un límite combinado de 20 consultas por año calendario.
Requisitos del proveedor: Los médicos, como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act), pueden suministrar	<i>*Los servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina no se aplican a su monto</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
sesiones de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asociados médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros profesionales (Nurse Practitioners, NP) o especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifica en la Sección 1861(aa) (5) de la mencionada ley), y el personal auxiliar pueden dar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina* Tiene cobertura para veinte (20) consultas al año de acupuntura y quiropráctica rutinarias combinadas.	<i>máximo para gastos de bolsillo.</i>
Servicios de ambulancia 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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una	Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Paga \$270 de copago por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	
Examen físico anual* El examen físico anual es un examen más completo que la consulta anual de bienestar. Se incluirán los siguientes servicios: exámenes de los sistemas corporales, como el corazón, los pulmones, la cabeza y el cuello, y el sistema neurológico; medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria; una revisión completa de los medicamentos recetados; y una revisión de las hospitalizaciones recientes. Cubierto una vez por año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual. <i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para 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).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para miembros que cumplen determinadas condiciones con una orden de su médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de \$20 por consulta por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones Acupuntura de rutina y quiropráctica de rutina* Tiene cobertura para veinte (20) consultas al año de acupuntura y quiropráctica rutinarias combinadas.	Usted paga un copago de \$15 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$25 por quiropráctica de rutina y acupuntura de rutina hasta un límite combinado de 20 consultas por año calendario. <i>*Los servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina no se aplican a su monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el tratamiento.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Para los servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico con un médico de atención primaria no hay copago ni coseguro. Para los servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico con un médico especialista, usted paga un copago de \$15 por consulta.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: - 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. - Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico. No hay copago ni coseguro para una colonoscopia de diagnóstico.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • 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. • 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 arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos: Servicios odontológicos (preventivos e integrales) *	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</u> Paga un copago de \$35 por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <u>Servicios odontológicos preventivos e integrales:</u> eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año calendario por servicios

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Con este beneficio, recibirá una tarjeta Mastercard® prepaga para ayudarle a pagar algunos de los costos que paga de su bolsillo por ciertos servicios odontológicos complementarios no cubiertos por Original Medicare. Su tarjeta Mastercard® prepaga se llama tarjeta eternalPlus Benefits. La tarjeta eternalPlus Benefits es una tarjeta de débito Mastercard® cargada con crédito a principios de año (1 de enero) que puede utilizar para pagar los servicios odontológicos complementarios cubiertos en cualquier dentista del país que acepte Mastercard®. Simplemente pase su tarjeta de beneficios Servicios odontológicos (continuación) eternalPlus en el consultorio del dentista para pagar cualquier procedimiento odontológico no cosmético, incluidos: • Limpiezas • Radiografías • Empastes • Extracciones simples • Raspado • Alisado radicular • Dentaduras postizas • Puentes • Coronas • Tratamientos de conducto • Implantes • Empastes de composite • Tratamiento con flúor Los servicios odontológicos que no son elegibles con su tarjeta de gastos Flex Advantage incluyen, entre otros: • Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética. • Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones, recubrimientos o coronas que se pueden reparar o restaurar a su función normal. • Cirugía electiva que incluye, entre otras, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos los terceros molares.	odontológicos preventivos e integrales no cubiertos por Medicare. Se accede al beneficio con su tarjeta de beneficios eternalPlus. No hay restricciones de red. Los miembros pueden consultar a cualquier proveedor odontológico que acepte Mastercard®. No hay limitaciones para los servicios hasta alcanzar la asignación anual. El dinero no utilizado caducará al final del año calendario. <i>*Cualquier costo que pague por atención odontológica (que no tenga cobertura de Medicare) no cuenta para su máximo para gastos de bolsillo.</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según lo determina el plan. - Servicios odontológicos cubiertos por sus beneficios médicos para pacientes externos y hospitalizados, incluidos los servicios brindados por un dentista o cirujano oral que se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico.	
 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 y/o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden cubrirse si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones 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 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen  Capacitación para autocontrol de la diabetes, servicios y suministros, continuación las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Productos preferenciales: Tiras reactivas: Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour). Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM): Abbott (Freestyle Libre) y Dexcom. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada.	Se requiere autorización previa y se aplican límites de cantidad. Insumos para monitorear la glucosa en sangre (tiras reactivas, dispositivos de punción y lancetas, soluciones de control): Paga 0% de coseguro por marcas preferenciales. Paga 20% de coseguro por marcas no preferenciales. Las marcas no preferenciales requieren una presentación de excepción y aprobación, y 20% de coseguro. Monitores continuos de glucosa: Paga el 0% de coseguro por los monitores continuos de glucosa de marca preferencial cubiertos por Medicare cuando los solicita un médico y se surten en una farmacia de la red. Zapatos terapéuticos moldeados a medida: Paga 20% de coseguro por los zapatos terapéuticos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). 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. Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.eternalhealth.com	Se puede requerir autorización previa. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información. El costo compartido de los suministros y equipo médico duradero cubiertos por Medicare es 20% de coseguro. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.	Usted paga un copago de \$120 por atención de emergencia. El costo compartido se elimina si lo admiten en el hospital por la misma

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (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. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en cualquier parte del mundo. Consulte "Cobertura mundial de emergencia/urgencia" para obtener más información sobre este beneficio complementario.	afección dentro de las 24 horas. 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, <i>usted</i> debe hacer que nuestro plan autorice la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Programas de acondicionamiento físico* OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda a los miembros acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, video de acondicionamiento en línea y un programa de entrenamiento cerebral personalizado en línea para mejorar la salud cognitiva. Los miembros también pueden optar por recibir un kit para el hogar si prefieren hacer ejercicio en casa. Se ofrecen tres kits. - Kit de yoga - Descripción: La esterilla para yoga y acondicionamiento físico Cobra (5 mm) presenta un patrón de diamante distintivo y tiene una superficie antideslizante y cómoda para brindarle apoyo de manera segura. Incluye una bolsa de transporte de poliéster con cierre de cordón ajustable y	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio si usa OnePass. <i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
una correa para el hombro ajustable, que permite llevarla a su próxima clase de yoga con facilidad. 2. Kit de acondicionamiento - Descripción: - Contiene una banda de resistencia plana, tubos con asas y un anclaje para puerta. - Tarjetas de ejercicios específicos para equilibrio, coordinación, agilidad, fuerza, cardio y flexibilidad. - Viene en una práctica bolsa de malla portátil. 3. Kit de Zumba - Descripción: El Zumba Incredible Results Value Pack incluye 6 rutinas de entrenamiento y un programa completo y una guía de nutrición.	
<u>Kaia Health:</u> Los miembros también tienen acceso a terapia digital a través de nuestro socio, Kaia Health. Kaia Health ofrece terapia personalizada para ayudar a controlar el dolor, mejorar el equilibrio y prevenir las caídas. Cada programa incluye ejercicios personalizados con comentarios en tiempo real, técnicas de relajación, contenidos educativos y el apoyo individual de un equipo de atención de salud y  Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) fisioterapeutas. Para este beneficio debe utilizar el proveedor autorizado por el plan, Kaia Health es una aplicación de terapia digital para el tratamiento del dolor que puede utilizar en cualquier momento y lugar. Con Kaia, tendrá todo lo que necesita para empezar a sentirse mejor, incluidos ejercicios de eficacia probada, rutinas diarias, el apoyo de nuestro experto equipo de atención y mucho más. Para empezar, visite startkaia.com/eternalhealth. El servicio de atención al cliente está disponible de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este en https://help.kaiahealth.com/.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las evaluaciones del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Servicios de rutina para la audición* Los servicios de rutina para la audición incluyen: - Examen auditivo de rutina una vez cada 12 meses y pruebas auditivas relacionadas proporcionadas como parte de un examen auditivo cubierto a través de nuestro socio, NationsHearing. - Hasta dos audífonos cada 12 meses (un audífono por oído). El beneficio está limitado a los audífonos de nivel básico y de entrada de NationsHearing. - Debe utilizar un proveedor de NationsHearing para usar este beneficio. Llame al 1 (888) 617-0350 (TTY 711) para programar una cita. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m., hora del Este. También puede visitar eternalhealth.nationsbenefits.com/hearing - El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: - Costo adicional por capacidad de recarga opcional de audífonos - Audífonos de venta libre o moldes auriculares - Accesorios para audífonos - Consultas adicionales al proveedor - Baterías adicionales: baterías cuando se compra un audífono recargable - Audífonos que no se compran a través de NationsHearing - Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Uste paga un copago de \$35 de copago por servicio de audición cubierto por Medicare. <u>Servicios de rutina para la audición:</u> Paga \$0 de copago por exámenes de audición de rutina o pruebas de audición relacionadas de un proveedor de NationsHearing. Para los audífonos, usted paga un copago de \$595 por audífono para un audífono de nivel de entrada o un copago de \$895 por audífono para un audífono de nivel básico a través de NationsHearing. <i>*Sus costos por servicios auditivos de rutina (incluidos exámenes de audición, audífonos, adaptaciones y evaluaciones) no cuentan para su monto máximo para gastos de bolsillo.</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de obtener los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnan los requisitos para recibir atención médica a domicilio cubierta por Medicare.
Tratamiento de infusión en el hogar 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	Paga del 0% al 20% de coseguro por la terapia de infusión en el hogar.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	Se aplicarán copagos menores según lo exige la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA). No hay coseguro, copago ni deducible para la administración de medicamentos de la parte B a domicilio.
Cuidados de hospicio 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. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención domiciliaria.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los de la parte A y la parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y no eternalHealth Grand Give Back (HMO). No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de cuidados de hospicio.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Atención en un hospicio (continuación) En cuanto a servicios de hospicio y servicios con cobertura de la parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la parte A y la parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. En cuanto a servicios cubiertos por las partes A o B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Original Medicare. Para servicios cubiertos por eternalHealth Grand Give Back (HMO) pero no cubiertos por la parte A o B de Medicare: eternalHealth Grand Give Back (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	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. 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.	
 Vacunas Los servicios de la parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe o influenza, una vez cada temporada de gripe o influenza en otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe o la influenza si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas 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. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en nuestros beneficios de medicamentos de la parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados	Se requiere autorización previa, excepto en caso de emergencia.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. El costo compartido comienza el primer día de ingreso en el hospital. Los costos compartidos no se aplican al día del alta hospitalaria. No hay límite en el número de días de hospitalización médicamente necesarios cubiertos por el plan. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • 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.	Por cada ingreso, abonará un copago de \$325 por día durante los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Paga un copago de \$0 por día, por el día 91 y posteriores. Si recibe atención hospitalaria autorizada como paciente de 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.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. - Servicios médicos Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen los servicios de salud mental que requieren hospitalización en una unidad psiquiátrica de un hospital general, durante tantos días como sea médicamente necesario. En un hospital psiquiátrico independiente, los servicios cubiertos se brindan hasta el límite de por vida de Medicare de 190 días. No hay cobertura proporcionada por eternalHealth Freedom (HMO) después de haber alcanzado el límite de 190 días de por vida. El costo compartido comienza el primer día de ingreso en el hospital. Los costos compartidos no se aplican en la fecha de alta.	Se requiere autorización previa, excepto en caso de emergencia. Por cada ingreso en una unidad psiquiátrica de un hospital general, abonará un copago de \$325 al día durante los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90. Paga un copago de \$0 por día durante el día 91 y posteriores.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	Por cada ingreso en un hospital psiquiátrico independiente, abonará \$325 de copago por día durante los días 1 a 5. Paga un copago de \$0 por día durante los días 6 a 90. Paga un copago de \$0 por el día 91 y siguientes hasta alcanzar el límite de 190 días de por vida. Si recibe atención hospitalaria como paciente de 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.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos	Servicios médicos: consulte la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio médico" de esta tabla. Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y férulas: consulte la sección "Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos" de esta tabla.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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	Prótesis, órtesis y suministros médicos y terapéuticos para pacientes externos: consulte la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" de esta tabla. Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Consulte la sección "Servicios de rehabilitación para pacientes externos" de esta tabla.
Programa de comidas después del alta* Después de recibir el alta de una estadía en un hospital, puede ser elegible para recibir hasta dos semanas (14 días, 28 comidas) de comidas nutritivas y completamente preparadas enviadas a su hogar para ayudarlo a recuperarse de su enfermedad/lesiones o controlar sus afecciones. Cuando reciba el alta, nuestro equipo de gestión de la atención coordinará su beneficio de comidas con su proveedor de atención médica para determinar si cumple los criterios para recibir comidas adaptadas desde el punto de vista médico. (Un administrador de la atención de eternalHealth debe solicitar los alimentos). Si cumple los requisitos, el socio de eternalHealth, NationsBenefits, le preparará y entregará las comidas a domicilio sin costo alguno para usted.	No hay coseguro ni copago para las comidas después de la hospitalización. <i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
 Terapia médica nutricional	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. 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 otro 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.	para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la parte B de Medicare La parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una	Paga de 0 a 20% de coseguro por los medicamentos cubiertos por la parte B de Medicare. Paga 20% de coseguro con un copago máximo

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada 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 nuestro plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores o para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un	por mes de \$35 para insulinas de la parte B. Paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos recetados de quimioterapia cubiertos por la parte B de Medicare. Se aplicarán copagos menores según lo exige la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA). Los medicamentos de la parte B pueden estar sujetos a tratamiento escalonado.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en Medicamentos de la parte B de Medicare (continuación) el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que aparezcan nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la parte B podrá cubrirlos. Si la parte B no los cubre, lo hace la parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ERT) cubiertos por la parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ERT, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados fármacos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea medicamento necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ERT) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda) Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la parte B: • Asma • Bevacizumab	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Inhibidores de la reabsorción ósea • Factores estimulantes de colonias • Inyecciones oculares • Hipercolesterolemia familiar • Gota Medicamentos de la parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulinas • Náuseas • Neurotoxinas • Pemetrexed • Pertuzumab • Rituximab • Trastuzumab • Viscosuplementos Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com Estos medicamentos con receta están cubiertos por la parte B y no por el Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Medicare Prescription Drug Program). Los medicamentos de la parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. También cubrimos algunas vacunas en virtud de la parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos de la parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos 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 de la parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección y tratamientos preventivos de la obesidad.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. • 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	Paga \$30 de copago por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • 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 glóbulos rojos	Se requiere autorización previa para todas las pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos, excepto para radiografías y servicios de sangre para pacientes externos. Paga un copago de \$0 por los servicios de

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos	radiografías cubiertos por Medicare. Paga un copago de \$0 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en el consultorio de un proveedor. Paga un copago de \$60 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare realizadas en todos los demás lugares. Para las pruebas de tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y pruebas nucleares de imagen cardíaca, abonará un copago de \$225 por cada categoría de prueba y por cada fecha de servicio, incluidos los materiales y suministros del técnico.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	Para las ecografías abona un copago de \$0 por cada fecha de servicio, incluidos los materiales y suministros del técnico. Paga un copago de \$60 por cada servicio radiológico terapéutico

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	cubierto por Medicare, incluidos los materiales y suministros del técnico. No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de sangre cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-	Paga un copago de \$185 por estadía para los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • 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 externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital. Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	Se puede requerir autorización previa. Para más información, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Para las visitas a la clínica hospitalaria para pacientes externos, usted paga un copago de \$15. Servicios médicos: Consulte la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" en esta tabla. Servicios de emergencia: Consulte la sección "Atención de emergencia" de esta tabla. Observación de paciente externo: Consulte la sección "Observación de pacientes externos" de esta tabla. Cirugía para pacientes expertos: Consulte la sección "Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios proporcionados en centros

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” de esta tabla. Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos e insumos médicos: Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos" de esta tabla. Atención de salud mental, hospitalización parcial y atención de dependencia química: Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes externos", "Servicios de hospitalización parcial", "Servicios del programa de tratamiento de opioides" y "Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos" de esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar: Consulte la sección “Medicamentos con receta de la parte B de Medicare” de esta tabla.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asociado médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Paga \$30 de copago por las sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare. Paga \$0 de copago por visitas breves al consultorio (hasta 15 minutos) para fines de control y cambio
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Paga \$30 de copago por los servicios de rehabilitación ambulatoria.
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Cubrimos los servicios ambulatorios para consumo de sustancias relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo, el consumo de sustancias y la dependencia. Esto incluye el tratamiento por parte de cualquier terapeuta o consejero licenciado en abuso de sustancias en su consultorio o en un entorno clínico.	Paga un copago de \$20 por los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión	Se requiere autorización previa para cirugía para pacientes externos realizada en un centro hospitalario. Paga un copago de \$225 por los servicios recibidos

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación) usted, como paciente internado en el hospital, es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por la cirugía para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un “paciente externo”.	en un centro hospitalario ambulatorio. Paga un copago de \$140 por los servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio. Paga un copago de \$0 por una colonoscopia.
Artículos de venta libre (OTC)* Recibirá una asignación de \$75 cada trimestre calendario. Recibirá una tarjeta de eternalPlus Benefits que se financiará trimestralmente (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. La tarjeta de eternalPlus Benefits permite a los miembros tomar el control de su salud. Los gastos se limitan a los productos aprobados por Medicare, sin posibilidad de retirar dinero en efectivo. eternalHealth se ha asociado con NationsBenefits para ofrecer el beneficio de medicamentos de venta libre (OTC). NationsBenefits enviará por correo a cada miembro un catálogo en el que se enumeran los artículos, los costos y el proceso para solicitar y recibir artículos de venta libre.	No hay coseguro, copago ni deducible para los productos de venta libre cubiertos. <i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los miembros de eternalHealth tienen cuatro formas de utilizar su asignación para medicamentos de venta libre. 1. <i>En la tienda:</i> puede adquirir los medicamentos de venta libre autorizados en farmacias y tiendas de comestibles seleccionadas. Para encontrar una tienda cerca de usted, visite: https://eternalhealth.nationsbenefits.com/eternalHealth.NationsBenefits.com 2. <i>En línea:</i> para realizar un pedido a través del portal Benefits Pro, visite: eternalHealth.NationsBenefits.com 3. <i>Por teléfono:</i> para hacer un pedido por teléfono, llame al 1 (800) 680-4568 (TTY: 711). El equipo de Servicios para los Miembros está disponible del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, Artículos de venta libre (OTC)* (continuación) los 7 días a la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. 4. <i>Por correo:</i> para hacer un pedido por correo, envíe su formulario de pedido completo utilizando el sobre con franqueo pagado a: NationsBenefits 1700 N. University Drive Plantation, FL 33322 Importante: debido al tiempo adicional que se necesita para recibir su solicitud por correo, le recomendamos que deje un margen de tiempo adicional cuando haga el pedido. Si su pedido no se recibe antes del día 20 del mes, podrá procesarse para el siguiente período de beneficios. Si desea que su pedido se aplique al período de beneficios en curso, le recomendamos que lo haga en línea o por teléfono.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos de pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se suministra como un servicio en hospital para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que reciba en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es 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, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	Paga un copago de \$25 por consulta para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que reciba en la consulta de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes externos de un hospital o en cualquier otro lugar. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, 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.	Paga \$0 de copago por cada consulta al proveedor de atención primaria (PCP). Paga un copago de \$15 por cada consulta al especialista. Paga un copago de \$15 por cada consulta de telesalud con un especialista. Paga un copago de \$0 por cada consulta de telesalud con un proveedor de atención primaria.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ 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. ○ Los servicios de telesalud cubiertos se limitan a los que incluyen un componente de audio y vídeo y deben realizarse en tiempo real a través de un método de comunicación seguro administrado por su médico. ● 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: ○ 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.	Pueden aplicarse costos compartidos adicionales por ciertos servicios brindados durante su consulta con el médico. Por ejemplo, se aplicarán costos compartidos para análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico cuando se brinden además de los servicios profesionales.
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ no es un paciente nuevo; y ○ 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: ○ 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, en línea o historia clínica electrónica. • Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Paga un copago de \$30 por los servicios de podología.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortésicos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para	Se puede requerir autorización previa. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información. Paga 20% de coseguro por los dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
obtener más detalles, consulte <i>Atención oftalmológica</i> más adelante en esta tabla).	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para obtener rehabilitación pulmonar.	Paga un copago de \$20 por los servicios de rehabilitación pulmonar.
 Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento para reducirlo Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LCDT) Para las personas que califican, se cubre una tomografía computada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. 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 de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT	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.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. <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 obtener una orden 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 posteriormente, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos 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.	prevenir las cubiertas por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre la enfermedad renal Paga un coseguro del 20% por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la parte B, consulte Medicamentos de la parte B de Medicare en esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. SNF son las iniciales en inglés de centros de enfermería especializada). No se requiere ingreso hospitalario previo a la cobertura. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte nuestro 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 glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • 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	Se requiere autorización previa. Paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada de la red. Paga un copago de \$203 por día durante los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada de la red. Está cubierto durante un máximo de 100 días por período de beneficios. Paga el 100% del costo después de 100 días en un período de beneficios. El período de beneficios comienza el día del ingreso en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, usted recibe atención de SNF en instalaciones de la red. En determinadas circunstancias 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. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
 Servicios para dejar el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que padecen arteriopatía periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones 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 externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en 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 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.	Paga un copago de \$20 por los servicios de tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare
Servicios de transporte* Los miembros tienen acceso a transporte no urgente a citas médicas y odontológicas, así como a traslados a la farmacia, a través del socio de transporte de eternalHealth, NationsBenefits. NationsBenefits ofrece viajes programados (con un día o más de anticipación) y viajes a pedido.	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. Los miembros tienen acceso a 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (médicas, dentales, o farmacias) con

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
NationsBenefits ofrece transporte en taxi, transporte compartido, transporte médico ambulatorio no urgente (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) y furgoneta para sillas de ruedas. Para programar su viaje, comuníquese con NationsBenefits al 1-(888) 617-0350. El horario de atención es de lunes a sábado, de 6 a.m. a 6 p.m., hora local. Servicios de transporte* (continuación)	una distancia máxima de 60 millas por viaje. Para estar cubiertos, los viajes deben realizarse a través de un proveedor autorizado por el plan. <i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado el horario, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y cobrarle solo los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de enfermedades ya existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) al proveedor no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente. Su plan incluye cobertura mundial de atención de urgencia.	Paga \$0 de copago por los servicios relacionados con el PCP. Paga \$25 de copago por todos los demás servicios de urgencia. Su plan incluye cobertura mundial de atención de urgencia
 Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	<u>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare:</u>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. - Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Quienes corren un alto riesgo de padecer glaucoma son personas con antecedentes familiares de la enfermedad, diabéticos, afroamericanos de 50 años o más e 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	Paga \$35 de copago por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de glaucoma al año cubierta por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto estándar después de cada operación de cataratas.
 Atención oftalmológica (continuación) intraocular. (Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía). Servicios oftalmológicos de rutina* Nuestro plan cubre los beneficios oftalmológicos de rutina a través de EyeMed. Su plan cubre un examen oftalmológico anual de rutina con dilatación por año calendario. Su plan le proporciona una asignación para anteojos recetados de hasta \$200 al año. Esto incluye lo siguiente: Anteojos: cristales monofocales, bifocales, trifocales o progresivos, y/o armazones (incluye adaptación y costos de suministro). o	Servicios oftalmológicos de rutina: Paga \$0 de copago por un examen oftalmológico de rutina a través de un proveedor de EyeMed. Para acceder al beneficio anual de anteojos, debe comprar los anteojos en un proveedor de EyeMed participante. Tiene el beneficio de \$200 por año calendario que se aplica en el momento del servicio, y será responsable de pagar cualquier saldo restante. El proveedor de EyeMed procesará la reclamación.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Lentes de contacto (incluida la evaluación, las adaptaciones y los costos de suministro). Recibirá un 20% de descuento en el saldo de los anteojos de más de \$200 cuando los adquiera en un proveedor de EyeMed participante. Para encontrar un proveedor de EyeMed participante, llame al 1 (866) 800-5457 (TTY 711). Horario de atención de EyeMed: Del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a sábado de 8 a.m. a 2 a.m. y domingos de 11 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a sábado de 8 a.m. a 2 a.m. y domingos de 11 a.m. a 8 p.m. También puede buscar un proveedor en línea en eyemedvisioncare.com	<i>*Sus costos de los servicios oftalmológicos de rutina (incluidos el examen oftalmológico y los anteojos) no se tienen en cuenta para su monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
 Consulta preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> por única vez. 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 e inyecciones o vacunas) y las derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la parte B de Medicare. Cuando haga la cita, informe en el consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>.
Cobertura mundial de emergencia o urgencia* Nuestro plan ofrece un beneficio complementario que cubre servicios de urgencia o emergencias médicas, incluido el traslado	Los siguientes servicios están cubiertos fuera de

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de emergencia en ambulancia, si viaja fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de EE. UU. o sus territorios, usted está 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 aplicable. Si hay una diferencia entre el monto pagado y el monto cobrado por el proveedor, es posible que le facturen la diferencia. 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. La cobertura se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia si la atención se hubiera prestado en los Estados Unidos o sus territorios.	los EE. UU. y sus territorios: • \$120 de copago por consulta para atención de emergencia. • \$0 de copago por consulta para servicios de urgencia relacionados con un PCP. • \$25 de copago por consulta para servicios de urgencia. • \$270 de copago por consulta para servicios de ambulancia de emergencia. eternalHealth pagará un máximo de \$25,000 al año por servicios de emergencia en todo el mundo.
Cobertura mundial de emergencia o urgencia* (continuación) 1. La cobertura se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o posterior a la estabilización si se hubieran prestado en EE. UU. o sus territorios. 2. Los medicamentos con receta de la parte D obtenidos en una farmacia minorista fuera de EE. UU. y sus territorios no están cubiertos. 3. Los impuestos y tasas extranjeros (incluidas, entre otras, las comisiones por cambio de divisas o por transacción) no están cubiertos. 4. El transporte de regreso a EE. UU. o sus territorios, desde otro país, no está cubierto.	<i>*Sus gastos no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
5. Usted debe pagar de su bolsillo y luego presentar al plan para el reembolso, menos el copago aplicable. Solo pagamos montos aprobados por Medicare por servicios cubiertos de proveedores fuera de la red, lo que incluye cualquier proveedor ubicado fuera de 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.	

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	Se cubren todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial 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.	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	Como se describe en la tabla anterior.
Servicios domésticos incluyen ayuda doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	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	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	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 un televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Como se describe en la tabla anterior.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Como se describe en la tabla anterior.
Atención de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos	Como se describe en la tabla anterior
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otro profesional que emite recetas) que haga su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- El profesional que emite recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro 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 nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.eternalHealth.com) y/o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para los Miembros llamando al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com.

Farmacias especializadas

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

- 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 (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

- 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 limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, visite su Directorio de farmacias www.eternalHealth.com o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una afección crónica o de largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro del medicamento de al menos 30 días y no más de 100 días.**

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

- Visitar www.optumrx.com/eternalhealth
- Acceder a la aplicación móvil de OptumRx
- Llamar al 1(800) 891-6989 (para TTY, llame al 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Visitar <https://www.eternalHealth.com/for-members/prescription-drugs/>.

Por lo general, el pedido por correo a la farmacia que brinda el servicio le llegará en no más de 10 días. Si se retrasa su medicamento con receta pedido por correo, comuníquese de inmediato con OptumRx al 1-800- 891-6989, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su medicamento pedido por correo 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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento. 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 el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe de manera automática cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al 1-800-891-6989 (TTY 711), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nunca utilizó 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 al 1-800-891-6989 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben marcar 711).

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático [*optional: called insert name of auto-refill program*]. En este programa, comenzamos 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 su medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igual desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia de 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 darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos pedidos por correo, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su Directorio de farmacias www.eternalHealth.com le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

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. También 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. **Consulte primero con Servicios para los Miembros al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- 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 externos u otro entorno para pacientes externos. Evidencia de cobertura de 2025 de eternalHealth Freedom (Organización de proveedores preferidos, PPO) 108 Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la parte D
- 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 automóvil 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

- 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 salud pública.
- Los resurtidos fuera de la red se evaluarán 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. No podemos pagar por recetas que se obtienen de farmacias fuera de Estados Unidos, incluso en una emergencia médica.
- Puede localizar todas las farmacias participantes en su área visitando nuestro sitio web en www.eternalHealth.com o llamando a Servicios de farmacia para los miembros al 1 (800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le reembolse). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro 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**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos en la lista, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y el programa la ha aprobado. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos 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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

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 FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.)
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- 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 Cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los *cinco* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 - Genérico preferencial: es el nivel más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferenciales.
- Nivel 2 - Genéricos: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 - Marca preferencial: incluye medicamentos de marca preferencial y genéricos no preferenciales.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferenciales: incluye medicamentos de marca y genéricos no preferenciales.
- Nivel 5 - De categoría especial: es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está el medicamento que toma, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más actualizada que le enviamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.eternalHealth.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan en www.optumrx.com/eternalHealth o llame a Servicios para los Miembros para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- 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 afección.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos 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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, tableta en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte al Capítulo 9.)

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.eternalHealth.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.eternalHealth.com.

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 puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra Lista de medicamentos tiene 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.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

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 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí tiene opciones sobre lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro 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 hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **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 **108 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **108 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si en su receta se indican menos días, permitiremos surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 108 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Algunos ejemplos de cambios en el nivel de atención en los que puede aplicarse una transición incluyen:
 1. Los inscritos que reciben el alta de un hospital para trasladarse a un hogar (es decir, una residencia asistida, un LTC o un hogar privado) acompañados de una lista de medicamentos que no siempre se pueden considerar en el formulario del plan del inscrito debido a la naturaleza a corto plazo de la visita al hospital.
 2. Los inscritos que finalizan su estadía de la parte A de Medicare en un SNF (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver al formulario de su plan de la parte D.
 3. Los inscritos que abandonan su condición de hospicio para volver a los beneficios estándar de las partes A y B de Medicare.
 4. Los inscritos que terminan una estadía en un LTC y regresan a la comunidad.
 5. Los inscritos que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes 2 opciones:

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 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 de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte del profesional que emite recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

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 al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. 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 le dice lo que debe hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Los medicamentos en la Categoría de especialidad, Nivel 5, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar 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, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro 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.**
- **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 de nuestro plan.

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 periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y tendrá las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o en el que realizamos cambios. Si está tomando el mismo medicamento en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Añadir medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**

- Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
- Solo realizamos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Retirar medicamentos inseguros y otros medicamentos de 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 toma ese medicamento, se lo comunicaremos después de hacer el cambio.

- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA en los envases o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le comunicaremos el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con el profesional que emite recetas acerca de las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o el profesional que emite recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida 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.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

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 toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

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 3 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 la parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por determinadas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Uso para una indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

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 externos cuyo fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren únicamente al fabricante como condición de venta.

Si **recibe Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, la Ayuda adicional no pagará por medicamentos que normalmente no están cubiertos. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

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 de medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro de nuestro 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 *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque nuestra información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro 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 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

Consulte el *Directorio de farmacias* en www.eternalhealth.com para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.

Si reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan colectivo para jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura válida:

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

Si la cobertura del plan del grupo es válida, quiere decir que nuestro plan 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.

Conserve todos los avisos sobre cobertura válida porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió un aviso sobre una cobertura válida, solicite un ejemplar del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 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 (por ejemplo, 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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

relacionadas, el profesional que emite 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 profesional que emite 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.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban 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:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar 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 toma.
- 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 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales que emiten recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con los profesionales que emiten recetas 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:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de determinados profesionales que emiten recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas 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 profesional que emite recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales que emiten recetas 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 el profesional que emite recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud sobre la limitación de acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente externo a 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 o enfermedad de células falciformes, o si recibe cuidados de hospicio, paliativos o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de administración de farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la parte D

de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa 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 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 en que 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. 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 sobre este programa, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la parte D

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la parte D puede no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un inserto aparte denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta* (también conocida como la *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o la *Cláusula adicional LIS*), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

En este capítulo, utilizamos el término "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (Real-Time Benefit Tool) de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.eternalHealth.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la parte D que le pueden solicitar que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro 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 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de 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 gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos de la parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en la siguiente etapa de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos mediante Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) han gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la parte D, incluidos los medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la parte A o la parte B y otros excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización laboral).
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus gastos de bolsillo totales

- La *Explicación de beneficios de la parte D* (EOB) que usted recibe incluye el total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2,100, la *EOB de la parte D* le informará que abandonó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** en la cobertura de sus medicamentos según eternalHealth Grand Give Back (HMO). La cantidad que usted paga por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtiene una receta o la resurte. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios (EOB) de la parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que hace cuando obtiene estos medicamentos en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de gastos:

- **Gastos de bolsillo:** este es el monto que usted pagó. Incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, programas de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).
- **Gastos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la parte D.

Si surtió una o más recetas por medio de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *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 con receta que obtuvo en el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó nuestro plan, y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta por la misma cantidad.

- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de 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 garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **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:**
 - Compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es 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 compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga 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, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. 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 cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede administrar la EOB de la parte D a través de una cuenta en línea en www.optumrx.com o acceder a la información de la parte D a través de su portal de miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa deducible

La etapa de deducible es la primera en los pagos de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos, incluidas las que son contra el herpes zóster y el tétanos y las vacunas para viajar. Pagará un deducible anual de \$400 por los medicamentos de los niveles 4 y 5.

Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 4 y 5 hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan. De todos los demás, no tendrá que pagar deducible alguno. El **costo total** es por lo general más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que su plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los costos de suministro de medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$400 por sus medicamentos de los niveles 4 y 5, sale de la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende de cuál es y de dónde hace surtir su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga lo que le corresponde (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y de dónde haga surtir su receta.

Los niveles de costo compartido de nuestro plan son cinco

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que le corresponderá.

- Nivel 1 - Genérico preferencial: es el nivel más bajo e incluye los medicamentos genéricos preferenciales.
- Nivel 2 - Genéricos: incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 - Marca preferencial: incluye medicamentos de marca preferencial y genéricos no preferenciales. Usted paga el menor de \$35 o el 25% del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 - Medicamentos no preferenciales: incluye medicamentos de marca y genéricos no preferenciales. Usted \$35 o el 25%, lo que sea menor, del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 - De categoría especial: es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Usted \$35 o el 25%, lo que sea menor, del suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está el medicamento que toma, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Elecciones de farmacia

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 surtidos en farmacias fuera de la red solo 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 pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias de nuestro plan* en www.eternalhealth.com

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un medicamento cubierto para un mes

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

El monto del 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.

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (Suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferencial)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferencial)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferenciales)	Paga el 35% del costo total.	Paga el 35% del costo total.	Paga el 35% del costo total.	Paga el 35% del costo total.

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (Suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro de hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de categoría especial)	Usted paga el 28% del costo total	Usted paga el 28% del costo total	Usted paga el 28% del costo total	Usted paga el 28% del costo total

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto cubierto de insulina, sin importar el nivel de costo compartido, *incluso* si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo encontrará más información sobre el costo compartido de las vacunas 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 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 dispense, un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la parte D

- 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 paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento cubierto de la parte D

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

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.

Sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento cubierto de la parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo
	(Suministro de hasta 100 días)	(Suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferencial)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	\$15 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferencial)	\$141 de copago	\$94 de copago

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 4 de costo compartido (Medicamentos no preferenciales)	35% del costo total	35% del costo total
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de categoría especial)	No se permite el suministro a largo plazo de medicamentos de Nivel 5.	No se permite el suministro a largo plazo de medicamentos de Nivel 5.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses, o \$105 por un suministro de hasta 3 meses, de cada uno de los productos de insulina cubiertos, sin importar el nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La EOB de la parte D que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre han gastado durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite para gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 por año calendario. Una vez que usted alcance la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro 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 nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

La cobertura de vacunas de la parte D se divide en 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la parte D dependen de 3 cosas:

- 1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la parte D para adultos son recomendadas por 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. O 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.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrársela. 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, paga 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 paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir una vacuna de la parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. 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 paga nada.
- Para otras vacunas de la parte D, usted paga 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.

Situación 2: Recibe la vacuna de la parte D 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 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. Con otras vacunas de la parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro O copago por la vacuna (incluida su administración).

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 administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la parte D

- Para otras vacunas de la parte D, usted paga a la farmacia su coseguro *O* 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:

Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede encontrar que paga más de lo esperado según las normas de cobertura de nuestro plan o que recibe una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero. Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de su parte del costo de servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consúltelo en la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto mayor a su parte del costo compartido. 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 sí, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que quizás deba pedir un reembolso o el pago de una factura de parte de nuestro plan:

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,

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios 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 realice.
- 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 su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro 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 del saldo**. 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 pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se inscribe en forma retroactiva en nuestro plan

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

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. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

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

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. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

Si no lleva su tarjeta, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o busque su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener enseguida la 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra determinación. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede pedirnos un reembolso a través de una solicitud por escrito. 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 365 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. Deberá presentar su nombre, su número de identificación de miembro, dirección, recibo de pago, fecha del servicio y nombre del proveedor que le prestó el servicio/artículo.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.eternalHealth.com) o llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

Medical Payment Request

C/O: Claims Department
PO Box 411639
Boston, MA 02241-1639

Pharmacy (Part D) Payment Requests

Optum Rx Claims Department
P.O. Box 650334
Dallas, TX 75265-0334

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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. Es posible que nuestra parte del costo no sea el importe total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si ya pagó 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 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide 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, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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.)

Nuestro 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 nuestro 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 de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro 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 de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY llaman al 711). 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.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto los clínicos como los no clínicos, se presten de una forma culturalmente adecuada y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos que tienen limitaciones en inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo el plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación, y teletipos o conexión TTY, es decir, mediante teléfono de texto o teletipo.

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también puede acceder a información en español, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Se le debe brindar información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para los Miembros.

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

Si los proveedores de una especialidad dentro de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. En caso de que no haya especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consulte a un especialista en salud de la mujer o encuentre un especialista de la red, llame al 1-(800) 680-4568, TTY 711, para presentar una queja. 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 al 1-800-537-7697 para TTY.

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

Tiene derecho a elegir: un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le proporcione y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de derivación.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir servicios cubiertos de ellos *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite la 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 considera que no recibe atención médica o medicamentos de la parte D dentro de un período razonable, en el Capítulo 9 se le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.

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

- 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 médica 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 médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos 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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos agregados o correcciones. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO), tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568-(los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro 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 de medicamentos de la parte D.
- **Información sobre motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.5 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 médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento recomendadas 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 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. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. 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 no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre atención médica por sí solas debido a un accidente o a una enfermedad grave. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que suceda en caso de encontrarse en esta situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **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**. Los documentos, como el **testamento en vida** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede recibir un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o 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 llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue 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 firmó 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.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea o no firmarla en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un documento de directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones del mismo, puede presentar una queja ante el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona escribiendo a DES Division of Aging and Adult Services, Arizona State Health Insurance Assistance Program, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o por teléfono llamando al 1-800-432-4040. Los usuarios de TTY pueden llamar gratuitamente al Servicio de Retransmisión de Arizona, al 711. También puede visitar la página web del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona en: <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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. Haga lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que se lo ha tratado en forma injusta o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debería llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que lo han tratado de manera injusta o que no han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que enfrenta en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros** al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-432-4040
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros de nuestro plan** al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-432-4040
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **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 detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - 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 asegúrese de obtener una respuesta clara.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás 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 continuar pagando una prima por la parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si tuvo una inscripción tardía, debe pagar una multa para mantener su cobertura de medicamentos.
- 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 de nuestro 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 muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, *no podrá seguir siendo* miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominado reclamos).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 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. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda 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. Siempre debe llamar a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (711 solo para usuarios de TTY) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

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, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios que ofrecen los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿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 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.

Consulte la **Sección 4, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Consulte la **Sección 10, 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 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. 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 de nuestro plan lo deriva 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 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 tiene cubierto y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que 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 tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos 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.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

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

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568** (711 solo para usuarios de TTY)

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Obtenga ayuda gratuita** de su programa estatal de asistencia sobre el 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 al 1-(800) 680-4568 (711 solo para TTY) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com).
 - Para atención médica o medicamentos de la parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la parte D, su médico u otro profesional que emite 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 profesional que emite recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** 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 desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [Los planes también pueden insertar: o en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com]. Este formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de que finalice el plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. 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. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. A continuación, detallamos cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** 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 externos, CORF).
- Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos de la parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no pagaríamos por esa atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere pedir que nuestro plan le reembolse el gasto. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que anteriormente aprobamos se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente 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 atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una determinación rápida de cobertura se denomina **determinación expedita.**

Paso 1: Decida si necesita una determinación estándar de cobertura o una determinación rápida de cobertura.

Una determinación estándar de cobertura generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la parte B. Una determinación rápida de cobertura generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la parte B. Para obtener una determinación rápida de cobertura debe cumplir dos requisitos:

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Puede solicitar cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una determinación rápida de cobertura *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría causarle daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar las funciones.

Si su médico nos dice que su salud requiere una determinación rápida de cobertura automáticamente aceptaremos proporcionarle una determinación rápida de cobertura .

Si solicita una determinación rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una determinación rápida de cobertura. Si no aprobamos una determinación rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico pide la determinación rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una determinación estándar de cobertura en lugar de la determinación rápida de cobertura que solicitó.

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

- 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 estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud.

Capítulo 9. 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 tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la parte B.
- 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. Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 10).

En el caso de las decisiones rápidas de cobertura, usamos un marco de tiempo acelerado.

Una determinación rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **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 tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expedita**.

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario 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 la atención, usted y/o su médico deben 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.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 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 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 es necesario y podremos comunicarnos con usted o con 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 nuestra respuesta lo antes posible si su salud así lo requiere.
 - 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 tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la parte B.
 - 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 nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es rechazar parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección 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

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la parte B.

- 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 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 El proceso de 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.
- 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 sobre su apelación.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la parte B.

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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si solicitud es para un medicamento de la parte B de Medicare, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- 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 tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la parte B.

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 independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de **72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes expeditas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **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 **confirmación de la determinación o rechazo de su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le notifica 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.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 de derecho administrativo o un mediador especialista en audiencias y apelaciones. La Sección 9 explica los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió 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 para la solicitud del 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 está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir 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 de apelaciones de 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 que le reembolsemos 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 de la parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la parte D o si quiere que le reembolsemos uno.

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*.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 de cobertura y apelaciones de la parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la parte D se denomina una **decisión 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 cobertura para un medicamento de la parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento por parte de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, autorización previa criterios, o el requisito de probar primero otro medicamento). **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 tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al Formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferencial es 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 el profesional que emite recetas autorizado tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o el profesional que emite recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la parte D que no está 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 en ella. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que 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 aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos 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 el nivel, menos pagará del costo compartido 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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, excepto para el Nivel 5: Medicamentos de categoría especial.
- 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, excepto para el Nivel 5 de medicamentos de categoría especial.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del *Nivel 5*.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o el profesional que emite recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o del profesional que emite recetas cuando pida la excepción.

Nuestra lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección 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 aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal:

Una determinación rápida de cobertura se denomina **decisión de cobertura expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una determinación estándar de cobertura o una determinación rápida de cobertura.

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** 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 determinación rápida de cobertura. Para obtener una determinación rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o el profesional que emite recetas nos indican que su salud requiere una determinación rápida de cobertura, le daremos automáticamente una determinación rápida de cobertura.**
- **Si solicita una determinación rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico ni de otro profesional que emite recetas, decidiremos si su salud requiere le demos una determinación rápida de cobertura.** Si no aprobamos una determinación rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro profesional que emite recetas pide la determinación rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una determinación estándar de cobertura en lugar de la determinación rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una determinación rápida de cobertura.

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 enviada en el formulario *modelo de solicitud de decisión de cobertura de CMS* en el formulario de nuestro plan, disponible en nuestro sitio web www.eternalHealth.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4, se le indica cómo dar 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 el profesional que emite 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 determinación rápida de cobertura

- 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 nuestra respuesta lo antes posible si su salud así lo requiere.
 - 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 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si respondemos en forma negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito del por qué y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Fechas límite para una determinación estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió

- 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 nuestra respuesta lo antes posible si su salud así lo requiere.
 - 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. También le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una determinación estándar de cobertura 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 dentro de 14 días calendario 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. También le diremos 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.5 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 **nueva determinación**.

Una apelación rápida también se denomina **nueva determinación expedita**.

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días calendario.

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 el profesional que emite recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una determinación rápida de cobertura que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que emite recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de una apelación estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-(800) 891-6989.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *formulario modelo de solicitud de nueva determinación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.eternalhealth.com Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 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 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

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos nuevamente con atención 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 profesional que emite recetas para obtener más información.

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 nuestra respuesta lo antes posible si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de 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 por un medicamento que aún no recibió.

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

Capítulo 9. 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 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. También le diremos 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 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 una entidad 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: usted (o su representante, médico u otro profesional que emite recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- 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 sobre 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 independiente 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 nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Capítulo 9. 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 independiente **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 independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a 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 **confirmación de la determinación**. También se denomina **rechazo de su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un mínimo determinado. 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 es manejada por 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 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.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha de 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 su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare, en el que se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario 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 un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte por 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.
- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para realizar 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, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. **La**

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 (*Un 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 una apelación, debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a 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 de 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, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- 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 de alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- 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: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza*, significa que la fecha de alta prevista 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 mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

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 de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días 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 independiente dice que sí:

- **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 cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmación de la determinación.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 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 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o de rehabilitación (centros de rehabilitación para pacientes externos)**, tiene derecho a seguirlos recibiendo siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención, debemos 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 8.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más extenso.
2. **Se pedirá que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *solamente* que tiene la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

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.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico de Arizona (SHIP) al 1-(800) 243-4636. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 indica 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 no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

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 lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.
- 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 dicen *sí* 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 centros de rehabilitación para pacientes externos (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 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

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 atención de enfermería especializada o de los servicios en centros de rehabilitación para pacientes externos (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 **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

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

Paso 2: La organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la Organización de revisión independiente dice que sí?

- **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 necesario.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la Organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador especialista en audiencias y apelaciones.

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 5 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 de derecho administrativo o un mediador especialista en audiencias y apelaciones. En la Sección 9, se brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló 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.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí le explicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un mediador especialista en audiencias y apelaciones que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o mediador especialista en audiencias y apelaciones 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 de derecho administrativo o el mediador especialista en audiencias y apelaciones.
 - 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 de derecho administrativo o el mediador especialista en audiencias y apelaciones rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de 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 la 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 Nivel 2, y ambas apelaciones fueron 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí le explicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez en derecho administrativo o un mediador especialista en audiencias y apelaciones 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 de derecho administrativo o mediador especialista en audiencias y apelaciones **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 la decisión que rechaza su apelación, el proceso habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba 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 la 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.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 manejan mediante el proceso de quejas

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye 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	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿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	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó 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: • Ha pedido que le demos una <i>determinación rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, 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 se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará.

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una determinación rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- 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 demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una determinación rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, 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 10.3 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 mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Capítulo 9. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre eternalHealth Grand Give Back (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. 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:

Finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

Su membresía en eternalHealth Grand Give Back (HMO) puede terminar en forma **voluntaria** (por su elección) o **involuntaria** (cuando no lo decidió usted):

- Podría abandonar nuestro plan porque decide que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se mencionan las situaciones en las que podemos terminar 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 finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** cada año. 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,
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare separado, u
 - Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en 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 finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la parte A y la parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **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 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 determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de eternalHealth Grand Give Back (HMO) pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Es lo que se conoce como **período de inscripción especial**.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

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 nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos 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).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se le proporcionan más detalles sobre programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si usted es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la de medicamentos con receta. 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 de Medicare separado, u
- Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos 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 generalmente finalizará** el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan**Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-(800)-680-4568 (TTY 711)**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el plan eternalHealth Grand Give Back (HMO) se cancelará en forma automática cuando comience la cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en eternalHealth Grand Give Back (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan medicamentos de Medicare separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Su inscripción en eternalHealth Grand Give Back (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.
-

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **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 Grand Give Back (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

eternalHealth Grand Give Back (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la parte A y la parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra 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 u oculta 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).

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- 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 paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.
- Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

eternalHealth Grand Give Back (HMO) tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le piden dejar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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 la ley aplicable

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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, leyes 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, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, 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 (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la sección 1557 de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a organizaciones con financiación federal, y cualquier otra ley o norma que corresponda 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en el título 42, artículos 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), eternalHealth Grand Give Back (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.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Apelación: es algo 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 nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada o rehabilitación que se brindan en forma continua y diaria en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. 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 y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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).

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple

Capítulo 12 Definiciones

requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Biosimilar: producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar la inscripción: proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un 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.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

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 pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta de pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren las partes A o B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: monto que puede tener que pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de medicamentos con receta después de pagar los deducibles de la parte D.

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

Capítulo 12 Definiciones

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 nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

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 3 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.

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.

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 gastos que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial se brinda en un centro de cuidados de ancianos, hospicio 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.

Decisión 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 usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una decisión de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las decisiones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Capítulo 12 Definiciones

Derivación: orden escrita de su médico de atención primaria para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Determinación de la organización: 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.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos 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 de ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (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.

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.

Etapas 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 \$2,100 en medicamentos cubiertos de la parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la parte D.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que los costos que paga de su bolsillo del año hayan alcanzado el importe del umbral de gastos de bolsillo.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) o un

Capítulo 12 Definiciones

medicamento no preferencial a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo: lo que un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente por encima del monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de eternalHealth Grand Give Back (HMO) usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de esas farmacias.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a sus miembros. 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.

“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.

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá obtener igual todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo.

Capítulo 12 Definiciones

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formularios de hospitales estadounidenses (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso de seguridad complementario (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: herramienta de administración destinada a limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

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.

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

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que 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.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: así se denominan todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamentos de la parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la parte D o no. 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.

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

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 (CMS).

Monto de ajuste mensual según los ingresos (IRMAA): si su modificación del ingreso bruto ajustado, informada en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, supera cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo para gastos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios de la parte A y la parte B 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.

Multa por inscripción tardía en la parte D: monto que se suma a su prima mensual del plan 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.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio Medicare): el plan Original Medicare lo ofrece el Gobierno y no un plan de salud privado, como los planes

Capítulo 12 Definiciones

Medicare Advantage y los de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede 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 2 partes: La parte A (seguro hospitalario) y la parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

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 atención 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.

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 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.

Período de inscripción abierta: 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.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se traslada fuera del área de servicio, si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se traslada a un centro de cuidados, o si violamos nuestro contrato con usted.

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

Capítulo 12 Definiciones

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.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada a determinados grupos de personas, como las que poseen Medicare y Medicaid, viven en centros de cuidados o tienen ciertas afecciones crónicas.

Plan de salud de Medicare: plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la parte A y la parte B a personas con Medicare que se inscriben en él. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (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, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa 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 i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también pueden ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro

Capítulo 12 Definiciones

de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en un plan PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan.

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).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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 con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de administración de farmacoterapia (MTM): un programa de la parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Programa de descuentos de fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la parte D cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): médico u otro proveedor a quien usted ve 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.

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

Capítulo 12 Definiciones

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**.

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.

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 sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

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 o de pago.

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. La expresión "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el nombre que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta su momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de enfermedades ya existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) al proveedor no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

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.

Umbral de gastos de bolsillo: monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la parte D.

Servicios para los miembros de eternalHealth Grand Give Back (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llame al	1-(800) 680-4568 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, entre el 1 octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Servicios para los miembros 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios de interpretación de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, entre el 1 octubre y el 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.
Fax	1 (866) 239-3792
Escriba a	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
Sitio web	http://www.eternalHealth

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Arizona

Arizona State Health Insurance Assistance es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-(800) 243-4636
TTY	711
Escriba a	Division of Aging and Adult Services Arizona Department of Economic Security 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007 contactdaas@azdes.gov
Sitio web	https://des.az.gov/medicare-assistance

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.