

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

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

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

- La prima de nuestro plan y el costo compartido
- Nuestros beneficios médicos
- 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 desde el 1 de octubre hasta el 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.

Este plan, eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS), es ofrecido por. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros" o "nuestro", significa eternalHealth. Cuando se dice "el plan" o "nuestro plan", es eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).

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

H3551-003_VGB_EOC26_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para la membresía.....7
SECCIÓN 4	<i>Resumen de costos importantes de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).....8</i>
SECCIÓN 5	Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan.....10
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan10
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	12
SECCIÓN 1	Contactos de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)12
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare.....16
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)17
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)18
SECCIÓN 5	Seguro Social.....19
SECCIÓN 6	Medicaid19
SECCIÓN 7	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)21
SECCIÓN 8	Si tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud de un empleador21
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos	22
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan22
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica...24
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención28
SECCIÓN 4	Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos31
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica31
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica33
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero35

Índice

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga).....	37
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	37
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	39
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	93
CAPÍTULO 5: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos	97
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por los servicios cubiertos	97
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió ...	99
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	100
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades	101
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	101
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	108
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	110
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	110
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	110
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema	112
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	112
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	115
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital si cree que le están dando el alta demasiado pronto	125
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	130
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	134
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes.....	136
CAPÍTULO 8: Finalizar la membresía en nuestro plan	140
SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan	140
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	140
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	142

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	143
SECCIÓN 5	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones.....	143
CAPÍTULO 9: Avisos legales		146
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	146
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	146
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	147
CAPÍTULO 10: Definiciones.....		148

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

Sección 1.1 Usted está inscrito en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS), un plan de punto de servicio de HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud de Medicare a través de nuestro plan, eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS). Nuestro plan cubre todos los servicios de la parte A y la parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. Punto de servicio significa que usted puede usar proveedores fuera de la red de nuestro plan con un costo adicional. (Consulte en la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre la opción de uso de punto de servicio). eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) no incluye cobertura de medicamentos de la parte D. Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) cubre su atención. Otras partes de este contrato son: el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

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

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) 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 Valor Give Back (HMO-POS) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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 estadounidense o ser residente legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. 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 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 Valor Give Back (HMO-POS) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía****Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan**

Utilice su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



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 tarjeta de miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS), puede que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de 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 para obtener información adicional. (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 autorización correcta, deberá pagar el total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Nuestro plan es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare Advantage con opción de punto-de-servicio (POS), lo que significa que también puede elegir recibir algunos servicios cubiertos de proveedores fuera-de-la red. En el Capítulo 3 (Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos) podrá obtener información más específica sobre la opción de punto-de-servicio (POS).

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 4 Resumen de costos importantes de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

	Sus costos en 2025
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 <u>máximo</u> 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).	Proveedores dentro de la red: \$5,500 Proveedores dentro de la red y fuera- de- la red combinados: \$9,000.
Visitas al consultorio de atención primaria	Dentro de la red: \$0 por consulta Fuera de la red: \$0 por consulta
Visitas al consultorio de especialistas	Dentro de la red: \$0 por consulta Fuera de la red: \$0 por consulta

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2025
Hospitalizaciones	Dentro de la red y fuera de la red: En cada período de beneficios, paga: • Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. • Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 de coseguro cada día. • Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 de coseguro cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima mensual de la parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada por eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).

Las primas de la parte B de Medicare varían en función de los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y usted 2026*, en 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 continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la parte B. También puede pagar una prima por la parte A si no es elegible para la parte A sin prima. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) acreditará hasta \$100 en su prima mensual de la parte B.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 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 de su plan específico.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y sus 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 hogar de ancianos
- 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 comuniquen 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 6 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 esta información atentamente. Si es

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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 deba dar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare 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 que paga en segundo lugar ("pagador secundario"), solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare 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 Valor Give Back (HMO-POS)

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) Servicios para los miembros al 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. 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. 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) 239-3792
Escriba a	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
Sitio web	www.eternalhealth.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con relación al monto que pagamos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

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, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: 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 local), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	Decisiones de cobertura: 1 (866) 347-8128 Apelaciones: 1 (866) 326-1073
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**Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura o de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

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. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1 (866) 692-7270
Escriba a	eternalHealth PO Box 1263 Westborough, MA 01581
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos**Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica 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 5 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 7 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos**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.
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 los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

a domicilio, 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 www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS).

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 seguros de salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Arizona, se llama Programa estatal de Arizona de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud de Arizona (SHIP) 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 SHIP de Arizona pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Ellos también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Arizona: información de contacto

Llame al	1-800-432-4040 Horarios: de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

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/services/older-adults/medicare-assistance

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.
- Cree que la cobertura de atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o 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
-----------------	---

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

TTY	1-(855) 694-2929 Este número requiere 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
Sitio web	www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja la inscripción a Medicare.

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 web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos

beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid 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 (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS).

Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS: información de contacto

Llame al	1-800-523-0231 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.
Escriba a	AHCCCS 801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ, 85034
Sitio web	www.azahcccs.gov

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 7 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 preguntas 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 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 8 Si tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o de su grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para los Miembros al 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.

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, servicios de atención de salud, suministros y equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

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

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

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **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 de este capítulo para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan 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 asistencia de atención 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.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.** Aquí le presentamos más datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese profesional debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita una derivación ni autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura previa a la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios (consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por lo siguiente:

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Sin una decisión de cobertura previa a la consulta, y si nuestro plan determina más adelante que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (consulte el Capítulo 9).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture a nuestro plan. Pero, si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde por ellos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos (consulte el Capítulo 7).

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

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención médica**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

- Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, no tiene que elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red; sin embargo, le recomendamos con énfasis que lo haga y nos informe a quién elige. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. En general, los médicos clínicos, generales o de familia, los geriatras y los enfermeros profesionales actúan como PCP. Por lo general, consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Su PCP puede brindarle la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro del plan. Esto puede incluir radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento.

¿Cómo elegir un PCP?

Al decidirse por un PCP, puede consultar nuestro Directorio de proveedores o la Herramienta de búsqueda de proveedores de nuestro sitio web www.eternalhealth.com, aunque no necesita elegir un PCP de la red.

Puede hacer su selección de PCP cuando completa la sección de PCP en el formulario de inscripción o llamando a Servicios para los Miembros. Los miembros con un Portal para miembros personal pueden realizar selecciones de PCP en el portal. Puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección).

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Para obtener detalles sobre cómo configurar su portal para miembros 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. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los Miembros. Los miembros con un Portal para miembros personal pueden hacerlo allí, lo que les permitirá seleccionar un nuevo PCP dentro de nuestra red. Su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

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

Puede recibir los servicios en la siguiente lista sin obtener aprobación por adelantado de su PCP:

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía. 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 afecciones 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 del 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.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- También puede recibir todos los servicios que se detallan en el Capítulo 4 que tienen un beneficio de punto de servicio.

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.
- Si los servicios que necesita requieren autorización previa, usted o su proveedor pueden solicitar una determinación de la organización a nuestro plan. Su proveedor también puede contactar al plan en su nombre para iniciar una autorización previa. Consulte los contactos en la Sección 1 del Capítulo 2. En la Sección 2.1 del Capítulo 4 podrá ver más sobre servicios que requieren autorización previa.

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, se lo notificaremos si consultó 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.
- 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.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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. Algunos servicios se requiere autorización previa antes de buscar la atención.
- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que se encargue de 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 7)

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores tanto dentro como fuera de la red, siempre y cuando se trate de beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta. Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese profesional debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no cumpla esa condición. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sea elegible para participar en Medicare.
- No es necesario que obtenga una derivación o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtenerlos, puede llamarnos para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por lo siguiente:
 - Si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para saber más sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde por ellos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura y usted considera que deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Para saber qué hacer si recibe una factura o necesita pedir un reembolso, consulte el Capítulo 7 (Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios necesarios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

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 cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no es parte de nuestra red. También está cubierto para servicios de urgencia y emergencia en cualquier parte del mundo.

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.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 cuándo finaliza la emergencia médica.

Está cubierto para atención de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de EE. UU. y sus territorios, deberá pagar por adelantado los servicios prestados. Le reembolsaremos los gastos cubiertos hasta el importe establecido por las tarifas de Medicare. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en la sección 2.1 del Capítulo 4, o llame al 1-(800) 680-4568 o 711 para TTY. 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.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 afecciones 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, acuda a cualquier clínica o centro de atención de urgencia.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos. Si necesita atención de urgencia fuera de EE. UU. y sus territorios, deberá pagar por adelantado los servicios prestados. Le reembolsaremos todos los gastos cubiertos correspondientes. Para más información, consulte el Capítulo 4 o llámenos al 1-(800) 680-4568 (TTY 711).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: 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. Los medicamentos con receta de la parte D obtenidos en una farmacia minorista fuera de EE. UU. y sus territorios no están cubiertos. Los impuestos y tasas extranjeros (incluidas, entre otras, las comisiones por cambio de divisas o por transacción) no están cubiertos. Además, el transporte en ambulancia aérea de regreso a los EE. UU. y sus territorios desde otro país no está cubierto.

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 una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

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 5 para obtener información sobre qué hacer.

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

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan 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 gasto de bolsillo por atención de servicios cubiertos más allá del límite de beneficio no se aplicará a su máximo para gastos de 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, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (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 5.

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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. Luego, notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que paga 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:**

- 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

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 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.
- 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 los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
 - – y – Debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro, ya que su estadía no estará cubierta.

Está cubierto por un número ilimitado de días de hospitalización médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) para obtener más detalles.

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 Valor Give Back (HMO-POS), sin embargo, 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.

¿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.

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 Valor Give Back (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

Capítulo 3. Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 Valor Give Back (HMO-POS) o ya no tiene necesidad médica de él, 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 a nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco 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 Valor Give Back (HMO-POS). 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 debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su

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

bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto de MOOP dentro de la red es de \$5,500.**

Los montos 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 para gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo para gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$5,500 en la red (o \$9,000 combinados dentro y fuera de la red) no tendrá que pagar ninguno más durante el resto del año por servicios cubiertos de la parte A y la parte B 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 Valor Give Back (HMO-POS), 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).

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

- 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 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

En la Tabla de beneficios médicos que figura en las siguientes páginas podrá ver los servicios que cubre eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) y lo que paga de su bolsillo por cada uno. 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.
- 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 en negrita.
- 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.

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

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
 - Trastornos cardiovasculares
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
 - Enfermedad renal crónica (ERC)
- 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.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

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

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. 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 sesiones de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asociados médicos (physician assistants, PA), enfermeros profesionales (nurse practitioners, NP) o especialistas en	<u>Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare</u> Dentro de la red: \$20 de copago por consulta. Fuera de la red: 50% de coseguro. <u>Servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina:</u> Dentro de la red: Paga \$25 de copago por servicios de rutina de acupuntura y quiropráctica combinados hasta el límite de consultas anuales. Fuera de la red: Paga \$50 de copago por servicios de rutina de acupuntura y quiropráctica combinados hasta el límite de consultas anuales.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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). Acupuntura de rutina y quiropráctica de rutina* Tiene cobertura para veinte (20) consultas al año de acupuntura y quiropráctica rutinarias combinadas.	<i>*Sus gastos no cuentan para el monto 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 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.	Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por 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
	El transporte de emergencia en ambulancia está cubierto en cualquier parte del mundo. Consulte "Cobertura mundial de emergencia/urgencia" para obtener más información sobre este beneficio complementario.
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.	Dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis físico anual. Fuera de la red: Sin cobertura. <i>*Cualquier costo que usted pague por un examen físico anual no cuenta para su pago máximo de 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la parte B por 12 meses.	
 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.
 Pruebas 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.	Dentro de la red: 20% de coseguro por consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, incluidos programas intensivos de rehabilitación cardíaca. Fuera de la red: 50% de coseguro por consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare, incluidos programas

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	intensivos de rehabilitación cardíaca.
 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.
 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:	Servicios quiroprácticos 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
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.	Dentro de la red: Paga \$15 de copago por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. <u>Servicios de acupuntura y quiropráctica de rutina:</u> Dentro de la red: Paga \$25 de copago por servicios de rutina de acupuntura y quiropráctica combinados hasta el límite de consultas anuales. Fuera de la red: Paga \$50 de copago por servicios de rutina de acupuntura y quiropráctica combinados hasta el límite de consultas anuales. <i>*Sus gastos no cuentan para el 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,	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	brindados durante el tratamiento. Para los servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico con un médico de atención primaria o un especialista no hay copago ni coseguro.
 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.	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
 Prueba de detección de cáncer colorrectal. continuación • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para 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 del beneficiario. Algunos ejemplos son reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para tratamiento de	<u>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</u> Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. Fuera 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
radiación para cáncer de mandíbula, o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos: Servicios odontológicos (preventivos e integrales) * 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®. Solo tiene que pasar su tarjeta eternalPlus Benefits en el consultorio del dentista para pagar cualquier procedimiento odontológico no cosmético, lo que incluye: • 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 beneficios eternalPlus incluyen, entre otros: • Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética. • Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones, recubrimientos o coronas que se puedan reparar o restaurar a su función normal.	Paga 50% de coseguro por los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <u>Servicios odontológicos preventivos e integrales:</u> eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año calendario por servicios 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</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Cirugía electiva que incluye, entre otras, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluidos los terceros molares. • 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 hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios de 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.	<i>odontológica (que no tenga cobertura de Medicare) no cuenta para su máximo para gastos de bolsillo.</i>
 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 los siguientes 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 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 (AccuChek) 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 para suministros para la diabetes y se aplican límites de cantidad. Dentro de la red: Insumos para monitorear la glucosa en sangre (tiras reactivas, dispositivos de punción y lancetas, soluciones de control): Paga 20% de coseguro por marcas preferenciales. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, paga el 20% de coseguro. Monitores continuos de glucosa: Usted paga 0% de coseguro por los monitores de glucosa continuos (CGM) de marca preferencial cubiertos por Medicare. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, paga el 20% de coseguro. Zapatos terapéuticos moldeados a medida:

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	Paga 20% de coseguro por los zapatos terapéuticos.
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
	Fuera de la red:
	Insumos para monitorear la glucosa en sangre (tiras reactivas, dispositivos de punción y lancetas, soluciones de control): Paga 50% de coseguro por todos los suministros y servicios para diabéticos cubiertos por Medicare.
	Zapatos terapéuticos moldeados a medida: Paga 20% de coseguro por los zapatos terapéuticos. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes 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
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 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. 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 actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.eternalhealth.com.	Se puede requerir autorización previa. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener más información. Dentro de la red: 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.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación)	Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Fuera de la red: El costo compartido de los suministros y equipo médico duradero cubiertos por Medicare es 50% de coseguro. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 50% de coseguro al mes. Su costo compartido

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses para suministros y equipo médico duradero cubiertos por Medicare.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (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.	Dentro de la red y fuera de la red: Paga 20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por cada consulta. El costo compartido se elimina si lo admiten en el hospital por la misma afección dentro de las 24 horas. 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.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Programas de acondicionamiento físico*	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio si usa OnePass.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. 1. 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 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. Para configurar One Pass siga estas instrucciones: 1. Visite www.eternalHealth.com/FitnessBenefit 2. Ingrese su nombre, fecha de nacimiento, nombre del plan de salud y el número de identificación de Medicare 3. Obtenga su código de miembro de One Pass en la página del panel	Fuera de la red: Sin cobertura. <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
- Haga clic en "Fitness" y luego en "Find gyms" (Buscar gimnasios) para encontrar ubicaciones de acondicionamiento físico cerca de usted - Lleve su código de miembro a cualquier ubicación de One Pass. El personal configurará su membresía. Úselo también para las clases en línea. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-504-6830 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 9 p.m., hora del Centro, los siete días de la semana. <u>Flexible para fitness</u> Los miembros recibirán \$250 en su tarjeta eternalPlus Benefits para pagar rastreadores de actividad física, equipos de acondicionamiento físico para el hogar, como bicicletas fijas y pesas, tarifas de green de golf y tarifas de canchas de tenis y pickleball. <u>Exclusiones:</u> cobertura para cualquier tipo de vestimenta, calzado deportivo, tiendas de campaña, cañas de pescar, bastones de senderismo y tarifas de parques nacionales y estatales. <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 entrenadores de salud y doctores en fisioterapia. Para este beneficio debe utilizar el proveedor autorizado por el plan, Kaia Health. Kaia 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El servicio de atención al cliente está disponible de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del Este en support@kaiahealth.com.	
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 se limita a los audífonos NationsHearing de Nivel 1 y Nivel 2. - 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 - La compra de audífonos incluye: - Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor para la adaptación y los ajustes 2 años de servicio de la batería 3 años de garantía en caso de pérdida, reparación o daños - El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: - Costo adicional por capacidad de recarga opcional de audífonos	<u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</u> Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios para la audición cubiertos por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por los servicios para la audición cubiertos por Medicare. <u>Servicios de rutina para la audición*:</u> <u>Dentro de la red:</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 básico o

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Audífonos de venta libre ○ 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.	un copago de \$895 por audífono para un audífono de nivel básico a través de NationsHearing. Fuera de la red: Sin cobertura. <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>
 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	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnan los requisitos para recibir atención médica a domicilio cubierta por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por la atención médica a

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	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 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 requiere autorización previa. Dentro de la red y fuera de la red: Paga del 0% al 20% de coseguro por la terapia 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.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención 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 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. 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	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los de su parte A y parte B relacionados con su pronóstico terminal y no eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS). Dentro y fuera de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de hospicio.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 Valor Give Back (HMO-POS) pero no cubiertos por la parte A o B de Medicare: eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la parte A o B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la parte B de Medicare.	
Servicios de atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. 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. 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 para pacientes hospitalizados - 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	Se requiere autorización previa. Dentro de la red y fuera de la red: En cada período de beneficios, paga: - Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. - Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. - Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). El período de beneficios comienza el día del ingreso en el hospital. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. <i>Estos son los importes de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. - 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 a partir de la primera pinta. - 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 ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información sobre 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.	<i>proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i> 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.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El costo compartido comienza el primer día de ingreso en el hospital. Los costos compartidos no se aplican al día del alta hospitalaria. Puede recibir atención como paciente en un hospital psiquiátrico durante un total de 190 días a lo largo de su vida.	Se requiere autorización previa, excepto en caso de emergencia. Dentro de la red y fuera de la red: En cada período de beneficios, paga: - Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. - Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. - Después del día 90 (de cada período de

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). El período de beneficios comienza el día del ingreso en el hospital. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. <i>Estos son los importes de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i>
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 • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Dentro de la red y fuera de la red: 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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	terapéuticos para pacientes externos" de esta tabla. 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, Nations Benefits, le preparará y entregará las comidas a domicilio sin costo alguno para usted.	Dentro de la red: No hay coseguro ni copago para las comidas después de la hospitalización. Las comidas deben ser solicitadas por un administrador de la atención de eternalHealth a través de nuestro socio autorizado, Nations Benefits. Fuera de la red: Sin cobertura.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	<i>*Los gastos de sus comidas posteriores al alta no cuentan para su monto máximo para gastos de bolsillo.</i>
 Terapia médica nutricional 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 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos 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:	Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos de la parte B.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada 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. • 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	Dentro de la red: Paga de 0 a 20% de coseguro por los medicamentos 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). El costo compartido de la insulina está sujeto a un tope de coseguro de \$35 para un suministro de un mes de insulina. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por los medicamentos 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). El costo compartido de la insulina está sujeto a un tope de coseguro de \$35 para un suministro de un mes de insulina.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. • 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 médicamente 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) 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.	Los medicamentos de la parte B de Medicare 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
Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com. Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la parte B: • Asma • Bevacizumab • Inhibidores de la reabsorción ósea • Factores estimulantes de colonias • Inyecciones oculares • Hipercolesterolemia familiar • Gota • Inmunoglobulinas • Náuseas • Neurotoxinas • Pemetrexed • Pertuzumab • Rituximab • Trastuzumab • Viscosuplementos También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestros beneficios de medicamentos de la parte B.	
 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 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.	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
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios del programa de tratamiento de opiáceos. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por los servicios del programa de tratamiento de opiáceos.
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 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.	Se requiere autorización previa para todas las pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos y suministros, excepto radiografías y análisis de sangre. Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por radiografías y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare. Paga 20% de coseguro por análisis de laboratorio y servicios de sangre que cubre Medicare. Paga 20% de coseguro por ecografías, resonancias

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos	magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y otros estudios de diagnóstico por imágenes generales para cada categoría de prueba para cada fecha de servicio, incluidos los materiales y suministros del técnico. Paga 20% de coseguro por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare, incluidos los materiales y suministros del técnico. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por servicios de laboratorio, de diagnóstico y radiológicos. Solo pagará un copago por día aunque se realicen varias pruebas diagnósticas o servicios terapéuticos.
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	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por estadía en observación hospitalaria ambulatoria. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por estadía en observación hospitalaria ambulatoria.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 https://es.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 hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento de pacientes externos de un hospital por 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	Se requiere autorización previa. Dentro de la red: Para consultas clínicas hospitalarias para pacientes externos, usted paga un coseguro del 20%. Fuera de la red: Para consultas clínicas hospitalarias para pacientes externos, usted paga un coseguro del 50%. Dentro de la red y fuera de la red: Servicios médicos: Consulte la sección "Servicios médicos o

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	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 externos: Consulte la sección "Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria" 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	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.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermera profesional (NP), asociado médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permita la legislación estatal vigente.	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	Dentro de la red: Paga \$30 de copago 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
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).	rehabilitación ambulatoria. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro 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.	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro 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 ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital por la noche, se lo puede considerar un paciente externo.	Se requiere autorización previa en un centro ambulatorio hospitalario. Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por cirugía ambulatoria. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por cirugía ambulatoria.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta libre (OTC)* Recibirá un monto de beneficio de \$50 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. 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 productos 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	Dentro de la red: No hay coseguro, copago ni deducible para los productos de venta libre cubiertos. Fuera de la red: No 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
3. <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 4. <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, los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. 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.	
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 recibida 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	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por consulta para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por consulta para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	
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 recibe en el consultorio 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. • <i>Algunos servicios de telesalud, incluidos</i> los médicos de atención primaria y los especialistas, pueden brindarse mediante intercambio electrónico. • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud	Dentro de la red: Paga \$0 de copago por cada consulta al proveedor de atención primaria (PCP). Paga \$0 de copago por cada consulta al especialista. Paga \$0 de copago por cada consulta de telesalud. Fuera de la red: Paga \$0 de copago por cada consulta al proveedor de atención primaria (PCP). Paga \$0 de copago por cada consulta al especialista. Los servicios de telesalud no están cubiertos fuera 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
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. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ 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 antes de la cirugía	
Servicios de podología	Dentro 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
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 \$20 de copago por los servicios de podología. Fuera de la red: 50% de coseguro por servicios de podología cubiertos por Medicare.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH 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.	Dentro de la red y fuera de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para 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)	Dentro de la red y fuera de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados	Se requiere autorización previa.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 obtener más detalles, consulte <i>Atención oftalmológica</i> más adelante en esta tabla).	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por los dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare.
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.	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios de rehabilitación pulmonar. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro 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.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) 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 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 recibir 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 posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubiertas por Medicare o para la LDCT.
 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C 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
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.	
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos 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	Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por los servicios de educación sobre la enfermedad renal. Paga 20% de coseguro por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye tanto las consultas profesionales (consultas en la clínica de diálisis del nefrólogo) como las consultas en el centro de diálisis.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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). 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.	Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por los servicios de educación sobre la enfermedad renal. Paga 50% de coseguro por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye tanto las consultas profesionales (consultas en la clínica de diálisis del nefrólogo) como las consultas en el centro de diálisis.
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). Está cubierto por 100 días por período de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que usted asiste a un hospital para pacientes internados o a un centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si va al hospital (o al SNF) después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No se requiere ingreso hospitalario previo a la cobertura. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Se requiere autorización previa Dentro de la red y fuera de la red: En cada período de beneficios, paga: • Días 1 a 20: \$0 de copago. • Días 21 a 100: \$209.50 de copago por día. 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 de 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. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, 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.	enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. <i>Estos son los importes de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i>
 Servicios para dejar el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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).	para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas El beneficio está disponible para miembros calificados con diabetes mellitus, cáncer, trastornos cardiovasculares, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal crónica (ERC). Con este plan, obtendrá una tarjeta eternalPlus Benefits. Incluirá: Billetera Essentials* Monto de beneficio trimestral (asignación) de \$200 que puede usar para pagar lo siguiente: Alimentos y productos agrícolas saludables Gasolina para automóviles Servicios públicos del hogar Los siguientes elementos de seguridad para el hogar y el baño: • siguientes elementos de seguridad para el hogar y el baño: • Alfombrillas de baño antideslizantes • Silla de ducha	Dentro de la red y fuera de la red: La tarjeta eternalPlus Benefits puede utilizarse para pagar determinados servicios cubiertos por el plan, tal y como se explica en la primera columna de esta fila. <i>*Este beneficio no se aplica a 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
• Cinta para alfombras • Barandilla de cama • Luces LED de noche • Dispositivos de transferencia • Asiento de inodoro elevado • Barandillas • Barras de apoyo • Rampas temporales • Cabezal de ducha de mano • Marco de cama de hospital ajustable que se extiende sobre la cobertura OM Solo tiene que pasar la tarjeta en el momento del servicio y seleccionar crédito como forma de pago. No se necesita PIN. El importe del beneficio se carga en la tarjeta de pago el primer día de cada trimestre calendario. Los trimestres calendario comienzan en enero, abril, julio y octubre. Asegúrese de utilizar el importe total del beneficio cada trimestre, ya que el monto no utilizado no se transferirá al trimestre siguiente. *Tenga en cuenta: 1. La billetera básica de la Tarjeta de Beneficios eternalPlus no puede utilizarse para ningún servicio prestado fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Esta asignación no puede utilizarse para pagar a un proveedor excluido de la participación en Medicare, Medicaid u otro programa financiado con fondos federales, o que haya sido suspendido o inhabilitado para Medicare, Medicaid o para recibir fondos federales. Compruébelo con su proveedor, ya que está obligado a revelarlo. Póngase en contacto con Servicios para los Miembros para obtener más información sobre los proveedores excluidos.	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que	Dentro de la red: 20% de coseguro por servicios SET 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
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.	Fuera de la red Paga 50% de coseguro por servicios SET cubiertos por Medicare.
Servicios de transporte, sin carácter de urgencia* 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.	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por este beneficio. Los miembros tienen acceso a 24 viajes de ida de hasta 60 millas por trayecto para planificar ubicaciones aprobadas (médicas, odontológicas, farmacias).

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.	Para estar cubiertos, los viajes deben realizarse a través de un proveedor autorizado por el plan. Fuera de la red: Sin cobertura. <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 afecciones 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. En la sección "Cobertura mundial de emergencia o urgencia", puede obtener más información sobre el tema.	Dentro de la red y fuera de la red: Paga 20% de coseguro hasta un máximo de \$50 por cada visita al consultorio cubierta a proveedores de servicios necesarios de urgencia.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos 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 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. Los servicios de atención oftalmológica de rutina incluyen: 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	<u>Servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare</u> Dentro de la red: Paga 20% de coseguro por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de glaucoma al año cubierta por Medicare. Paga 20% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar después de cada operación de cataratas. Fuera de la red: Paga 50% de coseguro por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de glaucoma al año cubierta por Medicare. Paga 50% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar después de cada operación de cataratas. <u>Servicios oftalmológicos de rutina</u>

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. Recibirá un 15% de descuento en el saldo superior a \$200 en lentes de contacto convencionales adquiridas de 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	Dentro de la red: 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. Fuera de la red: Los servicios oftalmológicos de rutina no están cubiertos fuera de la red. <i>*Sus gastos no cuentan para el 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	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de <i>bienvenida a Medicare</i>.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y 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>.	
Cobertura mundial de emergencia o urgencia* Nuestro plan ofrece un beneficio complementario que cubre servicios de urgencia o emergencias médicas, incluido el traslado 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 aplicables. 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 siguientes servicios están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios: • Paga 20% de coseguro por consulta de atención de emergencia. • Paga 20% de coseguro por consulta para servicios necesarios de urgencia. • Paga 20% de coseguro por consulta para los servicios de ambulancia de urgencia. eternalHealth pagará un máximo de \$25,000 al año por servicios de emergencia en todo el mundo. <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
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. 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 7).

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
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. Acupuntura de rutina como se describe en la Tabla anterior
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de 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 nuestro 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

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
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
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
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. Quiropráctica de rutina como se describe en la tabla anterior
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).

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
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:

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

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

A veces, cuando recibe atención médica, puede tener que pagar el costo total. En otras ocasiones, es posible que pague más de lo esperado según las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba 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 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 más de su parte del costo compartido, como se analiza en este material. 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,

- 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.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- 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 le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según 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 fue inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquier servicio cubierto después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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 por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra determinación. El Capítulo 7 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos 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 enviarnos su reclamación dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

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, 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:

eternalHealth
C/O Claims Department
P.O. Box 1263
Westborough, MA 01581

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos

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 está cubierta y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* tiene 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 cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si 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 conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

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 inglés, 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 materiales 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 del plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante eternalHealth llamando a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar 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.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir: un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del 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.

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.

Si considera que no recibe atención médica dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 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 su historia clínica y su información personal de salud. 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 sobre 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 mediante Medicare, se nos requiere dar a Medicare su información médica. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Tiene derecho a ver la historia clínica sobre usted que conserva nuestro plan y a obtener una copia de ella. 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 Valor Give Back (HMO-POS)*, 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 de nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a conocer las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se le informa sobre pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si la cobertura tiene alguna

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

restricción. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que se llama apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

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 que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan.
- **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. Si rechaza el tratamiento, acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí 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 6. 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 ha firmado una directiva anticipada, **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 6. 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 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o hacer una reclamación, **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 de origen, llame 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* es una cuestión de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que enfrenta de 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 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:)
 - 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.** Utilice este documento *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos con receta por separado, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.** Presente la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica.
- **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 su prima por la parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Por la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo al recibirlo.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

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, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamados 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.

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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

Consulte la **Sección 9, 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 de la parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos y servicios médicos y medicamentos de la parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

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 usted o su médico de la red puedan 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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

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 pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hemos tomado. 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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.

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 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal 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 (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 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.
- **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 o en nuestro sitio web en www.eternalHealth.com). Este formulario le da permiso a esa persona 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 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 3 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:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 7:** 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 si la información se aplica a su caso, 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 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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor de salud, y usted cree que nuestro plan la cubre. **Solicite 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. Usted recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **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 enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe consultar las Secciones 6 y 7 de este capítulo. 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.**

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

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 2 requisitos:

- Puede solicitar cobertura *solo* de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una determinación rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar la función.

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 autorizemos 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Para las determinaciones estándar de cobertura usamos los plazos estándares.

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 nuestras 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.

- **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 9).

Para las determinaciones 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.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. 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 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

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

Sección 5.3 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 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 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 7. 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 sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si 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 rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 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 daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. 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 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 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 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de cuando recibe 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 su solicitud es para un medicamento de la parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** 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.

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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de 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 organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, 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 informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. 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.
 - Le explica 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 8 explica los procesos de apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 5 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de 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.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted ha seguido las normas, le enviaremos el pago 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. Para apelaciones relativas a reembolsos, tenga en cuenta que:

- 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital si cree que le están dando el alta demasiado pronto**

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar 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 6.1 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.
- 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la 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 demuestra *solamente* que recibió 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 6.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la 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 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 **rganización 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 siguiente de que nos contactemos, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del 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-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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 es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 responde *sí*, **debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados mientras 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 dice *no*, está diciendo que su fecha de alta planificada 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 responde *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del 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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

la calidad rechaza su apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores 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.

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 llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar 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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 **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, de enfermería especializada o de rehabilitación (centro de rehabilitación integral 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 momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. 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 7.1 **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.

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 dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 7.2 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 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. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si 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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 detalla los motivos para finalizar 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 es necesario que prepare 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.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores hacen lugar a su apelación, **debemos seguir brindándole servicios cubiertos siempre que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esa atención.

Capítulo 7. 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 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 7.3 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 un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué pasa 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 3 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. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas 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.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez en derecho administrativo o 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.

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

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 después del tribunal federal de primera instancia.

Presetar quejas

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes

Sección 9.1 Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho 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?

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	○ 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 un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es 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 ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • 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 9.2 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**.

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Debe presentar un reclamo antes de los 60 días de producido el evento en cuestión, ya sea que lo presente en forma oral o escrita. Para hacerlo puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o enviar un fax al 1-866-326-1073.

También puede escribir y enviar su reclamo por correo postal a:

eternalHealth
C/O Appeals & Grievances
PO Box 1377
Westborough, MA 01581

Si interpone un reclamo porque le denegamos su solicitud de una determinación de la organización o apelación expeditas, le responderemos 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**

Capítulo 7. Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 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 9.3 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*, tiene 2 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 ante la organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante 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 8:

Finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan

Su membresía en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) 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 usted se va, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica 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 abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** 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 abierta** 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:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 8. Finalización de la membresía en nuestro plan

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 para los nuevos inscritos de Medicare 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**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este período, también puede unirse a 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 Valor Give Back (HMO-POS) pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Es lo que se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial si está en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

Capítulo 8. Finalización de la membresía en nuestro plan

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

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.
- Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y usted 2026***
- Comuníquese con **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 eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) 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 Valor Give Back (HMO-POS) se cancelará en forma automática cuando comience la cobertura en el nuevo plan.

Capítulo 8. Finalización de la membresía en nuestro plan

Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos de Medicare.

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su 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.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su cancelación de inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Su inscripción en eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Nota: si también tiene una cobertura de medicamentos con receta acreditable (por ejemplo, un plan de medicamentos de Medicare aparte) y cancela su inscripción en esa cobertura, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare, después de estar sin cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos y servicios de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **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 Valor Give Back (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) debe terminar 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

Capítulo 8. Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
 - Si se muda o hace 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 nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare)
- Si se comporta continuamente de una manera que es disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare)
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso

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 Valor Give Back (HMO-POS) no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 8. Finalización de la membresía en nuestro plan

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos 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 9:

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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, género, 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para los Miembros al 1-(800) 680-4568 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en el título 42, artículos 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS), 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 10:

Definiciones

Apelar: es lo que hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener 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). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

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. 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 según criterios específicos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

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.

Cancelar la inscripción: proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Capítulo 10. Definiciones

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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 los servicios.

Costo compartido: son los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. 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; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

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 recibidos también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Capítulo 10. Definiciones

Cuidado asistencial: atención personal que se brinda en un centro de cuidados de ancianos, de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación 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.

Deducible: monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Derivación: orden escrita de su médico de atención primaria para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, 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, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (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.

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.

Capítulo 10. Definiciones

Facturación del saldo: lo que un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente por encima del monto del costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS), 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.

Hospicio: beneficio que otorga un trato especial a un miembro con certificación médica de enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. 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: admisión formal a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente externo.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

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.

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Capítulo 10. Definiciones

Monto máximo para gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios dentro de la red y dentro y fuera de la red combinados cubiertos de la parte A y la parte B. Los montos que paga por las primas de la partes A y la parte B de Medicare no cuentan para el monto máximo para gastos de bolsillo.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. 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 enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes hospitalizados (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.

Capítulo 10. Definiciones

Período de inscripción especial: tiempo determinado en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se traslada fuera del área de servicio, si se va a vivir a un hogar de ancianos, o si rompemos 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 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 de Atención Crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

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 un hogar de ancianos 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 Special Needs Plans, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 10. Definiciones

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 Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) no ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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. Esto incluye 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.

Capítulo 10. Definiciones

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o los proveedores, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni 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 la parte A y la parte B de Medicare. La expresión "servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, odontológicos 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 (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

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 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 afecciones 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.

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).

Special Needs Plan de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social [Social Security Act]) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad de la persona.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS): vaya a Ayuda adicional.

Capítulo 10. Definiciones

Servicios para los miembros de eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

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 local), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. (hora local), 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	http://www.eternalHealth

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Arizona

Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-432-4040 Horarios: de 8 a.m. a 5 p.m.
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/services/older-adults/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.