CHRISTUS Health Plan

CHRISTUS HEALTH MEDICARE PLUS (HMO)
H1189-010

Evidencia de Cobertura 2024

CHRISTUS HEALTH MEDICARE PLUS (HMO) H1189-010 CUBRE A LOS MIEMBROS EN LOS SIGUIENTES CONADOS:

- Hardin
- Jasper
- Jefferson
- Newton
- Orange
- Tyler

CHRISTUS® Health Plan

MÉTODO	SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME A	**844.282.3026** - Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral. Los Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay Texas Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	**469.282.3013**
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage, Attention: Member Services P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	CHRISTUShealthplan.org

TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES

El Texas Health and Human Servicios es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAME A	**800.252.9240** - Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 149104 Austin | TX 787148
SITIO WEB	tdi.texas.gov/consumer/hicap/

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-282-3026. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Esta llamada es gratis.

Este plan, CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) es ofrecido por CHRISTUS Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan," significa CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos.

Los beneficios y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

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

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

H1189_MC4670_C
CMS Approved 10/01/2023

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*..... 6

SECCIÓN 1 Introducción 7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....8
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*..... 19

SECCIÓN 1 Contactos de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros).....20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....34
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?.....35

CAPÍTULO 3: *Usar el plan para obtener servicios médicos*..... 36

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....37
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....46
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?.....46

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 48
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 52

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 53
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar 55
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 115

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 119

SECCIÓN 1 Introducción 120
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 120
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 125
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 127
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 129
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 133
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 135
SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta 137
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 137
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 139

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 142

SECCIÓN 1 Introducción 143
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 146
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 146
SECCIÓN 4 No hay deducible para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) 148
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte 148
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura 153
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 154

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales.....154
SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 155

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 158

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....159
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....161
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 162

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 164

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....165
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....171

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*..... 173

SECCIÓN 1 Introducción 174
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 174
SECTION 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 175
SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....176
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 180
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....188
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 199
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....206
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....213
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 216

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 221

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....222

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 222

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....225

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 225

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 226

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 228

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....229

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....229

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 229

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 230

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir atención médica y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Debemos cubrir 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.

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) is a Medicare Advantage HMO Plan (HMO stands for Health Maintenance es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de Evidencia de cobertura?

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

Los términos "*cobertura*" y "*servicios cubiertos*" hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

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

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso

que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "*cláusulas adicionales*" o "*enmiendas*".

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

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

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- -- *y* – viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- -- *y* – sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Hardin, Jasper, Jefferson, Newton, Orange y Tyler.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan

en su nueva área Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

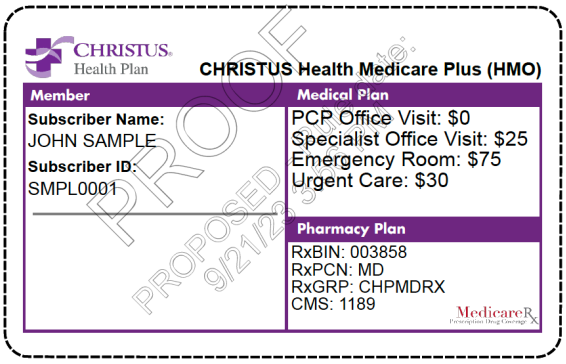
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

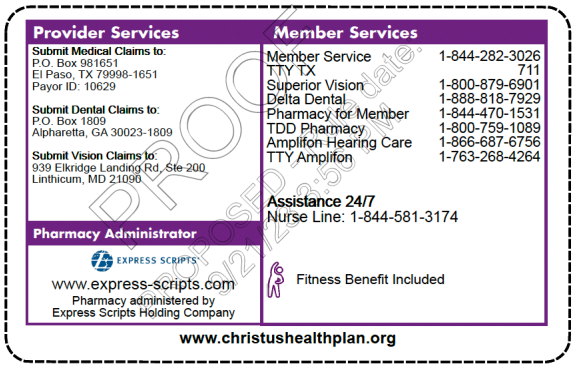
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

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





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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

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

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias,* puede solicitar una copia (en formato electrónico o impresa) a través de Servicios para los miembros. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores y farmacias* se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan, (www.christushealthplan.org) o llamar a Servicios para los miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscribe por primera vez en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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

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

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

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de $34.70. Este monto puede cambiar para 2024.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $34.70 que es igual a $4.86. Esto se redondea a $4.90. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

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

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

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

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagar la multa

Existen tres maneras en las que puede pagar la multa.

Opción 1: pagar con cheque

Le enviaremos una factura cada mes. Los pagos con cheque se deben hacer a CHRISTUS Health Plan antes de día 1 de cada mes a:

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

Asegúrese de hacer los cheques a nombre de CHRISTUS Health Plan, no de CMS ni de HHS.

Opción 2: Tarjeta de crédito o débito automático

Para que su pago se debite mensualmente a una tarjeta de crédito o automáticamente desde su cuenta bancaria, llame al Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026 para conocer más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.

Opción 3: Hacer que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la manera en la paga la multa por inscripción tardía de la Parte D Si decide cambiar la manera en que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague puntualmente. Comuníquese con Servicios para miembros para cambiar el método de pago.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Su multa por inscripción tardía de la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del primero del mes. Si no hemos recibido su pago antes del primero del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su multa

por inscripción tardía de la Parte D dentro de dos meses. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos enviarle programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debía, Original Medicare le brindará cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual.. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos "acreditable", tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo la multa que aún no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos debe. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-844-282-3026 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes.. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Usted debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.

- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa "Ayuda adicional".

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de la beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a las otras compañías de seguro (una vez que se haya confirmado la identidad), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y

recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

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

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

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage Atención: Member Services PO Box 169001 Irving TX 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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

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

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage Atención: Medical Management P.O. Box 169001 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-800-935-6103 Las llamadas a este número son gratuitas. las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 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. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-251-5896
ESCRIBA A	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	https://www.express-scripts.com/index.html

Método	Apelaciones para atención médica y medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.

Método	Apelaciones para atención médica y medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage Atención: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B

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

Método	Quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.

Método	Quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-866-416-2840
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage Atención: Grievance & Appeals P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016-9001
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage PO Box 169006 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre seguro médico).

El Programa Estatal de Asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Texas es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Texas pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre seguro médico (SHIP) de Texas también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas (SHIP de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Texas (SHIP de Texas): información de contacto
ESCRIBA A	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st, MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	http://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

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

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
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. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **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 ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Medicaid en Texas (Texas Medicaid Health and Human Services Commission).

Método	Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Medicaid en Texas: información de contacto
LLAME AL	1-512-424-6500 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.
TTY	1-512-424-6587 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Medicaid en Texas (Texas Medicaid Health and Human Services Commission) 4900 Lamar Blvd. Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

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

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

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

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Comuníquese con Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre cómo obtener información sobre sus copagos.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le

adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios para los miembros si tiene preguntas.

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

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

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta por medio del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) al 800-255-1090.

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) al 800-255-1090.

Método	Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 De lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
ESCRIBA A	Texas HIV State Pharmacy Assistance Program P.O. Box 149347 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Programa de atención médica renal (Kidney Health Care Program).

Método	Programa de atención médica renal de Texas (Kidney Health Care Program, KHC): información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986 De lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Kidney Health Care Program (KHC) Department of State Health Services P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

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

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3:
Usar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

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

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin que sea necesaria la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se requiere la autorización de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) antes de buscar la atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

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

Elegir a un Proveedor de atención primaria (PCP) es la primera y más importante decisión que debe tomar cuando se une a CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Un PCP es un médico, una enfermera especializada u otro profesional de la salud, que cumple los requisitos del estado y que está capacitado para brindarle atención médica básica. Usted recibirá la atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP puede ser:

- Un médico internista
- Un asistente médico
- Un médico de medicina familiar
- Un médico general
- Un médico geriatra
- Un enfermero especializado
- Un pediatra, para miembros menores de 18 años

Coordinar sus servicios incluye verificar o consultar con otros médicos y proveedores del plan sobre su salud y su evolución. Si hay una red de hospitales que desea usar en particular, asegúrese primero de que su PCP utilice dicho hospital.

Algunos servicios que reciba pueden requerir que su PCP obtenga la autorización previa del plan. Consulte la Tabla de beneficios médicos para conocer información sobre los servicios que requieren autorización previa o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-282-3026.

¿Cómo elige al PCP?

Como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), usted elige a su Proveedor de atención primaria (PCP) al momento de inscribirse en nuestro plan. El PCP que elija será su médico personal, quien lo conocerá y se encargará de sus necesidades médicas. Su PCP será responsable de coordinar toda su atención, excepto en caso de una situación de atención de urgencia o emergencia.

Le recomendamos elegir a un PCP cerca de su hogar. Tener cerca a su PCP hace que recibir la atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza con su PCP sea mucho más fácil. El *Directorio de proveedores y farmacias* de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) le brinda una lista completa de los médicos y proveedores de la red.

Si usted no puede encontrar a su médico actual en este directorio y desea confirmar si su médico forma parte de nuestro plan o si va a elegir un nuevo PCP y le gustaría saber si el PCP acepta pacientes nuevos, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-282-3026.

Si elige a un PCP que usted no conocía antes, le sugerimos que:

- Llame al consultorio de su PCP lo más pronto posible y le diga al personal que usted es un miembro nuevo de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).
- Programe una cita con su PCP para que él o ella pueda conocerlo y comenzar a encargarse de sus necesidades médicas. Usted no tiene que esperar hasta enfermarse para programar esta cita. Debe conocer a su médico lo más pronto posible.
- Pídale a su médico anterior que envíe sus registros médicos a su nuevo PCP. Es responsabilidad de su PCP proporcionarle la mayor parte de la atención y ayudará a coordinar el resto de sus servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores del plan y usted deba buscar un nuevo PCP.

Si desea cambiar a su PCP, comuníquese con Servicios al miembro llamando al 1-844-282-3026. Puede hacer su solicitud por escrito o por teléfono. Los Servicios para los miembros verificarán que el PCP de la red que usted eligió acepta pacientes nuevos. Los Servicios para los miembros cambiarán entonces su registro de miembro para que refleje el nombre de su nueva red. El cambio de PCP entra en vigor al día hábil siguiente a su solicitud. Usted recibirá una tarjeta nueva de identificación de la membresía que incluye el nombre y teléfono de su nuevo PCP.

Cuando llame, asegúrese de decirle a los Servicios para los miembros si usted está viendo a algún especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Los Servicios para los miembros se asegurarán de que usted pueda continuar con la atención de especialidad y otros servicios que había estado recibiendo cuando cambió a su PCP.

Nuestro objetivo es hacer que su transición a un nuevo PCP sea lo más sencilla posible y sin interrumpir su atención. Como siempre, si tiene una necesidad de atención médica urgente o de emergencia, le recomendamos buscar atención en un centro de urgencia o de emergencia apropiado.

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

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

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

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

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

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

Los beneficios se proporcionan para servicios de atención médica médicamente necesarios solo cuando su PCP junto a CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) proporcionen u organicen los servicios. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y cuando sea médicamente apropiado lo remitirá a un especialista de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO).

Su PCP dirigirá y coordinará cualquier atención que pueda requerir y le ayudará a obtener atención de un especialista cuando sea necesario. Aunque no requerimos remisiones o autorizaciones previas, un proveedor al que usted consulte puede exigir una remisión o autorización previa.

Los servicios como procedimientos electivos, hospitalizaciones, remisiones a proveedores fuera de la red y enfermería especializada deben ser aprobados por CHRISTUS Health Advantage antes de recibir atención. Su PCP es responsable de obtener la aprobación de CHRISTUS Health Advantage para estos servicios. Comuníquese con servicios para los miembros para conocer los detalles. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de los beneficios cubiertos.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor vaya a dejar nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a dicho proveedor en los últimos tres años.
    - Si cualquier otro proveedor deja nuestro plan, le notificaremos si se usted fue asignado a ese proveedor, si ha recibido atención de ese proveedor o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar la atención.
- Si actualmente está realizando un tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción y opciones disponibles para que cambie de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no cumple con sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones Consulte el Capítulo 9.

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

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar a proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), primaria de diálisis fuera del área, y los casos en que CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red.

Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 *(Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre)* para conocer información más específica sobre cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubre atención de emergencia y atención urgentemente necesaria a nivel mundial.
- **As soon as possible, make sure that our plan has been told about your emergency.** We need to follow up on your emergency care. Usted o alguien más debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas siguientes. Comuníquese con los Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Servicios para los

miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés

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

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

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

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

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de

la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

- **Vaya al proveedor de atención de urgencia más cercano.** Usted no necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP, pero es posible que desee comunicarse con su PCP para ayudarle a coordinar la atención con el proveedor de atención de urgencia.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su visita de atención de urgencia lo más pronto posible.** Debemos hacer seguimiento a su atención de urgencia. Usted o alguien más debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de urgencia, usualmente dentro de las 48 horas siguientes. Llame a los Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026. Para las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, llame al TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se proporcionarán servicios de interpretación sin ningún cargo para usted. También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- Para encontrar un centro de atención de urgencia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a los Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan al 1-844-282-3026.

Nuestro plan cubre servicios internacionales de atención de emergencia y de urgencia, fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite al sitio web siguiente: www.christushealthplan.org para obtener más información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

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

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted paga después de haber alcanzado el límite del beneficio no cuentan hacia su máximo de costos que paga de su bolsillo.

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

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

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

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

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

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. Los proveedores que le ofrecen atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellas se incluyen determinados beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD, por sus siglas en inglés) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés), y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Original Medicare, lo alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

Si usted participa en un estudio *no* aprobado por Medicare, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos

servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

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

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

¿Desea obtener más información?

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

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

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - – *y* – debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Si cumple con las condiciones descritas anteriormente y califica para al atención, usted debe seguir las reglas de cobertura para hospitalizaciones y atención en un centro de enfermería El costo compartido y los beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento en la Tabla de beneficios médicos.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestroplan, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubrirá:

- 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 CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

En este capítulo se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

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

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

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

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

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024 este monto es de $4,400.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para la cantidad máxima de sus gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Cuadro de Beneficios Médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $4,4000, no deberá

pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

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

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en negrita.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra 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 que en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana al lado del servicio preventivo en el Cuadro de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si obtiene una referencia como resultado de la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	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: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está relacionado con una cirugía; • No está relacionado con un embarazo; Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.	Copago de $25 por visita para visitas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)** Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para casos que no sean de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $200 por viaje para los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare. Exento de copago si es hospitalizado.
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 los 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 “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta Bienvenido a Medicare tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la 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 identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $10 por consulta de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) 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.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	Copago de $20 para las visitas cubiertas por Medicare.
• Quiropráctica de rutina, limitada a 36 visitas por año	Copago de $20 por visita, para visita de quiropráctica de rutina.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene un límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no estén en alto riesgo o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes en mayor riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no estén en alto riesgo después de que el paciente reciba una sigmoidoscopia flexible previa. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluyendo los enemas de bario para los cuales aplican un coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Prueba de sangre oculta en materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN fecal multiobjetivo para pacientes entre 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Prueba de biomarcadores sanguíneos para pacientes entre 45 a 85 años y que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como una alternativa a la colonoscopia para pacientes en alto riesgo y 24 meses desde la última prueba de detección con enema de bario o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como una alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no estén en alto riesgo y sean mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección con enema de bario o sigmoidoscopia flexible. • Exámenes para la detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	Copago de $0 para un enema de bario.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, actualmente Medicare paga por servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando dicho servicios es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión,	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
extracciones de dientes hechas como preparación para tratamiento con radiación para el cáncer que involucra la	
Servicios odontológicos (continuación) mandíbula o exámenes bucales antes de un trasplante de riñón. Además, cubrimos:	Copago de $25 por cada visita de atención dental cubierta por Medicare.
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare Esto no incluye servicios relacionados con atención de rutina, tratamiento, rellenos, extracción o reemplazo de dientes.	$5,000 para servicios preventivos e integrales combinados.
Máximo anual	Copago de $0 por servicio preventivo.
Servicios odontológicos preventivos • Exámenes bucales: 1 visita cada 6 meses • Profilaxis: 1 visita cada 6 meses para limpieza de los dientes • Tratamiento con flúor: 1 visita cada 6 meses • Radiografías: 1 visita cada 6 meses	Usted paga un copago de $20 por servicio.
Servicios odontológicos integrales Servicios no rutinarios, de diagnóstico, de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios	
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 remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
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 dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Copago de $0 los suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare. Los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas están limitados a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y servicios para diabéticos deben ser proporcionados y organizados a través de proveedores con contrato de CHRISTUS Health Advantage. Copago de $10 para zapatos o plantillas terapéuticas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) proporciona una lista que le indica las marcas y fabricantes de sistemas de monitoreo de glucosa en sangre y los suministros que estarán cubiertos. Puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y suministros para monitores de glucosa en sangre en nuestro sitio web en www.christushelathplan.org.	Copago de $0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes o servicios para diabetes cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). 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. CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) proporciona una lista que le indica las marcas y fabricantes de CGM que estarán cubiertos. Puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y suministros para monitores de glucosa en sangre (CGM, por sus siglas en inglés) en nuestro sitio web en www.christushelathplan.org. Generalmente, CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) y utiliza una marca de DME que	15% del costo para DME cubierto por Medicare. 0% del costo para CGM cubierto por Medicare de un fabricante preferido. Los monitores continuos de glucosa están limitados a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y servicios para diabéticos deben ser proporcionados y organizados a través de proveedores con contrato de CHRISTUS Health Advantage. Su costo compartido para la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es de 15% de coseguro cada mes. Su costo compartido no cambiará después de permanecer inscrito durante 36 meses.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación)** marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).	Si antes de inscribirse en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) usted pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) es 15% de coseguro cada mes.
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, una lesión, un dolor grave o un problema médico que empeora rápidamente.. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.	Copago de $75 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Exento de copago si hospitalizado. Si recibe servicios de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que se estabilice su problema de emergencia, debe recibir la atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es su parte del costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Copago de $75 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Exento de copago si hospitalizado.
Atención de emergencia (continuación) El transporte de emergencia está cubierto en todo el mundo.	Copago de $200 por viaje. Exento de copago si hospitalizado.
Programas educativos sobre salud y bienestar Los recordatorios preventivos de salud se enfocan en afecciones de salud como presión arterial alta, colesterol, asma, y dietas especiales, control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El beneficio para dejar de fumar y para el consumo de tabaco les permite a los miembros recibir servicios de consejería ilimitados para dejar de fumar y dejar de consumir tabaco. Este servicio está cubierto con una remisión del médico del miembro.	Copago de $0 para programas de educación sobre salud y bienestar.
Beneficio del acondicionamiento físico Este beneficio proporciona cursos ilimitados de educación en salud y bienestar a través de los centros de acondicionamiento físico Silver and Fit®	$0 de copago
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $25 para los servicios auditivos cubiertos por Medicare por examen.
Exámenes auditivos de rutina: 1 examen cada año	Copago de $35 por examen auditivo de rutina.
Dispositivos auditivos: 1 dispositivo auditivo por oído cada dos años	Asignación de $1,000

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres 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.
Entrega de comidas a domicilio Los miembros son elegibles para recibir comidas a domicilio después de recibir el alta de una hospitalización, estadía aguda o cirugía. El centro de llamadas del servicio de comidas llamará al miembro que recibió el alta para confirmar que el miembro desea recibir la comida.	Copago de $0 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días. Sin límite de alta en un año.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Entre los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio se incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), 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, proporcionados según la atención del plan. • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	De 0% a 20% del costo para tratamiento de infusión en el hogar cubierto por Medicare.
Atención en un 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. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de hospicio.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. **Atención en un hospicio (continuación)** • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, el proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios cubiertos por Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <u>Para los servicios cubiertos por CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare</u>: CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) continuará cubriendo los servicios	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico **Atención en un hospicio (continuación)** de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> <u>si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse 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.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.
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. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. 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.	Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 5: Copago de $0 por día Días 6 a 90: Copago de $0 por día Días 91 a 100: Copago de $50 por día Límite de 100 días con 60 días adicionales de reserva Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la- vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si	Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser hospitalizado. El reembolso máximo total permitido para viajes de trasplante es de $5,000. Los gastos de alojamiento se limitan hasta $150 por día y aplica al máximo de $5,000.
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!) La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días para atención médica mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención como paciente internado no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital general. Nuestro plan también cubre 90 días para una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez que haya usado estos 60 días, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 5: Copago de $50 por día Días 6 a 90: Copago de $0 por día Límite de 90 días con 60 días adicionales de reserva Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted va a ser hospitalizado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	hospital fuera de la- vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se cobra un copago por cada estadía como paciente internado.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos 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. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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.	Usted es responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no son médicamente necesarios o si exceden cualquier límite a los beneficios aplicable.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos servicios 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año una vez finalizado. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. 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 con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)	De 0% a 20% del costo de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Usted no pagará más de $35 de copago para un suministro de insulina para un mes. *Los costos que paga de su bolsillo para algunos medicamentos de la Parte B se

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)** El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	pueden reducir si el precio de los medicamentos se ha incrementado a un ritmo superior a la tasa de inflación. Los miembros afectados por este cambio pueden recibir un reembolso. La lista de medicamentos de la Parte B, así como sus costos de bolsillo para dichos medicamentos, pueden cambiar cada trimestre.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
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 de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de $25 por servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías.	Copago de $10 para radiografías cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.	20% del costo para radiología terapéutica cubierta por Medicare.
• Servicios radiológicos de diagnóstico (IRM, TC, TEP)	Copago de $125 para radiología de diagnóstico cubierta por Medicare.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	15% del costo para suministros quirúrgicos, entablillados, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.
• Exámenes de laboratorio.	Copago de $0 para exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare.
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe o pagar los costos para las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o recibir sangre donada por usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada	Copago de $150 por unidad para los servicios para sangre cubiertos por Medicare.
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos.	Copago de $25 para las pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita	Copago de $50 para servicios de observación hospitalaria

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? *If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!).*	Copago de $50 para como servicios hospitalarios para pacientes externos, clínica ambulatoria y servicios de observación cubiertos por Medicare; copago de $50 por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare; copago de $75 para servicios en el departamento de emergencias cubiertos por Medicare. $0 para los exámenes de laboratorio cubiertos por Medicare; copago de $25 para los exámenes o procedimientos de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare. Copago de $55 para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare; copago de $25 por los servicios de atención de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. Copago de $10 para radiografías cubiertas por Medicare. Copago de $125 para radiología de

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	diagnóstico cubierta por Medicare (IRM, TC, TEP). 20% de coseguro para radiología terapéutica cubierta por Medicare. 15% del costo de los suministros, pruebas de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare. Usted paga del 0% al 20% del costo para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de $25 en el consultorio para servicios de salud mental para paciente externo cubiertos por Medicare. Copago de $0 de telesalud para servicios de salud mental para paciente externo cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados 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).	Copago de $25 para los servicios de rehabilitación para paciente externo cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Servicios para pacientes externos no residenciales brindados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de farmacoterapias. Esto incluye servicios intensivos para pacientes externos (cuidado durante todo el día durante varios días), así como asesoramiento tradicional (una o algunas horas por día, generalmente semanal o quincenal).	Copago de $25 para los servicios abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	Copago de $50 para servicios para pacientes externos en centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare. Copago de $50 para los servicios pacientes externos en centros hospitalarios cubiertos por Medicare.
Beneficio para productos de venta libre (OTC) Esto incluye medicamentos de venta libre del catálogo de Convey de 2023. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. **NOTA: La terapia de reemplazo de nicotina (TRN) no está incluida en este beneficio.**	Reembolso de hasta $150 cada 3 meses para medicamentos de venta libre. Puede hacer su pedido por teléfono al 1-877-906-0738 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. hora del Este, o en línea

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	en ChristusHealthPlanOTC.com.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Los servicios intensivos para pacientes externos son un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario ambulatorio.	Copago de $55 para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.	Copago de $0 en el consultorio para visitas de atención primaria cubiertas por Medicare.
• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.	Copago de $0 de telesalud para visitas de atención primaria cubiertas por Medicare.
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige	Copago de $25 en el consultorio para visitas con el especialista

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. o Los servicios de telesalud están disponibles a través de llamadas telefónicas o de video. **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)** • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: o No es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores **y** o El control no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana.	cubiertas por Medicare. Copago de $0 de telesalud para visitas con el especialista cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas **en los siguientes casos:** o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores **y** o **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)** o La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	Copago de $25 por cada visita de atención dental cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría 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.	Copago de $25 para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Copago de $0 para cuidado de rutina de los pies.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).	15% del costo para dispositivos prostéticos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), moderada a muy grave, y que cuentan con orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. 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.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada 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 por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones intensivas individuales de asesoría conductual de 20 a 30 minutos cada una por año para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer **Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)** ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	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 seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	Copago de $0 para los servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare, incluyendo terapia nutricional para enfermedad renal en etapa terminal.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	20% de coseguro para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes	Para hospitalizaciones cubiertas cubiertas por Medicare: Días 1 a 20: Copago de $0 por hospitalización Días 21 a 100: Copago de $164,50 por día El plan cubre hasta 100 días de SNF por período de beneficios

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe o pagar los costos para las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o recibir sangre donada por usted u otra persona. 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, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) • 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 de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la 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 que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • **Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación)** • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.	Copago a $10 para cada servicio de SET cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. 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.	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo.	Copago de $30 para visitas de atención de urgencia necesaria cubiertas por Medicare. Copago de $75 para visitas de atención de urgencia necesaria (en todo el mundo). Exento de copago si es hospitalizado.
Atención de la vista 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	Copago de $0 por exámenes oculares cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	Copago de $0 por los exámenes de detección de glaucoma.
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	Copago de $25 por los exámenes de detección de retinopatía diabética.
Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
• Examen ocular de rutina, limitada a uno por año	Copago de $0 por examen de la vista de rutina.
• Anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto	Asignación de $250 por año para 1 par de anteojos (montura/lentes) o lentes de contacto.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Tabla de procedimientos para beneficios odontológicos de rutina

CONDICIONES BAJO LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS

El plan pagará beneficios por los servicios dentales descritos en la tabla de procedimientos para beneficios odontológicos de rutina. El plan solo pagará los beneficios para servicios cubiertos. El plan cubre varias categorías de servicios odontológicos cuando los proporciona un proveedor participante, cuando son necesarios y están dentro de los estándares de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones serán procesadas según las políticas estándar de procesamiento de Delta Dental. Las políticas de procesamiento podrán revisarse periódicamente, por lo tanto, Delta Dental deberá utilizar las políticas de procesamiento que están vigentes en el momento en que se procesa el reclamo. Delta Dental puede utilizar dentistas (consultores dentales) para revisar planes de tratamiento, materiales de diagnóstico y/o tratamientos prescritos para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y determinar si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Se aplicarán las limitaciones y exclusiones del período durante el período en el cual sea miembro del plan.

Si un procedimiento dental primario incluye procedimientos componentes que se realizan al mismo tiempo que el procedimiento primario, los procedimientos componentes se consideran parte del procedimiento primario a los efectos de determinar el beneficio pagadero según el plan. Incluso si el dentista factura por separado el procedimiento primario y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al beneficio máximo pagadero por el procedimiento primario.

Estimado previo al tratamiento

Las solicitudes de estimados previos al tratamiento no son requerido. Sin embargo, su proveedor participante puede presentar un formulario de reclamación a Delta Dental antes de comenzar el tratamiento, en el que se enumeren los servicios que se le van a proporcionar. Delta Dental estimará el monto de beneficios pagaderos según el plan por los servicios enumerados. Al pedirle a su dentista un estimado previo al tratamiento de Delta Dental antes de aceptar recibir cualquier tratamiento prescrito, usted tendrá un estimado anticipado de lo que pagará el plan y la diferencia que deberá pagar. Los beneficios se procesarán según los términos del plan cuando el tratamiento sea llevado a cabo. Los estimados previos al tratamiento son válidos durante 365 días, a menos que, se reciban otros servicios después de la fecha del estimado previo al tratamiento o hasta que ocurra antes cualquiera de los siguientes eventos:

- la fecha de terminación del plan;
- la fecha en que se modifican los beneficios bajo el plan si los servicios en el estimado previo al tratamiento son parte de la enmienda;
- la fecha en que termine su cobertura; o
- la fecha en que termine el acuerdo del proveedor participante con Delta Dental.

Un estimado previo al tratamiento no es una garantía de pago. Es un estimado del monto que pagará el plan si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del programa del plan en el momento en que se completa el tratamiento que ha planeado. Es posible que no tenga en cuenta ningún deducible, así que recuerde calcular su deducible si es necesario.

CÓMO SELECCIONAR A SU PROVEEDOR

Usted solo puede recibir beneficios por servicios cubiertos proporcionados por el proveedor participante de Medicare Advantage, Delta Dental. Para recibir los beneficios de este plan, la atención dental que usted reciba debe ser servicios cubiertos y deben ser proporcionados por un proveedor participante. El plan no paga beneficios de atención dental que no estén cubiertos y para tener derecho a los servicios cubiertos por los beneficios, deben ser proporcionados por un proveedor participante, a menos que los servicios sean proporcionados en una emergencia. Le recomendamos que verifique si el dentista que va a consultar es un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. Consulte la sección “Cómo se pagan las reclamaciones” para encontrar una explicación de los procedimientos de pago para comprender el método de pago que se aplica a su proveedor participante elegido.

Encontrar un proveedor participante de Delta Dental para Medicare Advantage.

Hay dos maneras de encontrar un proveedor participante para Medicare Advantage cerca de usted:

- Puede acceder a la información a través del sitio web www.deltadentalins.com/CHPMedicareAdvantage. Este sitio web incluye la búsqueda de proveedores, lo que le permite ubicar a proveedores participantes por ubicación y especialidad; o
- También puede llamar a la línea gratuita del Centro de servicio al cliente de Delta Dental al (888) 818-7929 y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle la información acerca de los proveedores participantes de Delta Dental según la ubicación y especialidad.

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

Pago por servicios — Proveedores participantes

Seleccionar un proveedor participante le permite al miembro obtener los beneficios para servicios cubiertos que necesite El pago a los proveedores participantes se calcula según la asignación máxima del plan. Los proveedores participantes aceptan la asignación máxima de Delta Dental como pago completo para servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de pagar cualquier costo compartido que aplique al servicio cubierto.

La parte de la asignación máxima que paga el plan está limitada al nivel de beneficios del plan que aparece en el Anexo A. El pago del plan se envía directamente al proveedor participante que presentó la reclamación. Delta Dental le informará acerca de cualquier cargo que no pague el plan y de los cuales usted sea responsable. Estos costos compartidos son generalmente su parte de la asignación máxima del plan (coseguro), así como cualquier deducible, cargos que exceden el monto máximo y/o cargos por servicios no cubiertos.

Pago por servicios — Proveedores no participantes

Excepto en el caso de una emergencia en la que un proveedor participante no esté disponible para brindarle la atención que necesita, el plan no paga ningún beneficio por servicios dentales (independientemente de si son servicios cubiertos) si los servicios son brindados por un proveedor no participante. Usted será el único responsable de cualquier atención dental proporcionada por un proveedor no participante.

Delta Dental contratos con dentistas autorizados que participan en otros planes dentales ofrecidos por Delta Dental. No todos estos dentistas aceptan o tienen contrato con Delta Dental para ser proveedores participantes en este plan. Por lo tanto, le recomendamos que verifique si el dentista que usted elija es un proveedor participante en este plan dental antes de cada cita. El dentista puede tener contrato con otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente con este plan para los beneficiarios de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan.

Cómo presentar una reclamación

Delta Dental no exige formularios de reclamación especiales. Sin embargo, la mayoría de los consultorios dentales tienen un formulario de reclamación disponible. Los proveedores participantes llenarán y presentarán los documentos de las reclamaciones por usted. Algunos proveedores no participantes también pueden brindar este servicio bajo solicitud. Si usted desea presentar su propia reclamación directamente a Delta Dental. Consulte la sección llamada Aviso de formulario de reclamación para encontrar más información.

Su consultorio dental debería poder ayudarlo a completar el formulario de reclamo. Llene completamente el formulario de reclamo y envíelo a:

Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 1809
Alpharetta, GA 30023-1809

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
	*Si elige consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facturen cargos superiores a los que paga el plan. Servicios pagados hasta el máximo de beneficio dental anual
Evaluación bucal periódica, paciente establecido	$5,00
Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema	$5,00
Examen bucal integral, paciente nuevo o establecido	$5,00
Evaluación bucal detallada y extensa, centrada en el problema, según informe	$20,00
Examen periodontal integral, paciente nuevo o establecido	$5,00
Intraoral, serie integral de imágenes radiográficas	$5,00
Intraoral, primera imagen radiográfica periapical	$5,00
Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional	$5,00
Intraoral, imagen radiográfica oclusal	$5,00
Aletas de mordida, imagen radiográfica individual	$5,00
Aletas de mordida, dos imágenes radiográficas	$5,00
Aletas de mordida, cuatro imágenes radiográficas	$5,00
Aplicación tópica de flúor, excluyendo esmalte	$5,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Sellante, por diente	$5,00
La restauración preventiva de resina es un descanso conservador en pacientes con riesgo moderado a alto de caries en los dientes permanentes, de una lesión activa cariada en un una fosa o fisura que no se extiende hasta la dentina: incluye colocación de un sellante en fosas o fisuras irradiadas no cariadas.	$5,00
Protector de espacio, removible, unilateral	$5,00
Protector de espacio, fijo, bilateral	$5,00
Protector de espacio, removible, unilateral	$5,00
Protector de espacio, removible, bilateral	$5,00
Recementación o readhesión de protector de espacio	$5,00
Tratamiento paliativo del dolor dental, por visita	$5,00
Profilaxis (limpiezas)	$5,00
Aletas de mordida vertical, 7 a 8 películas	$5,00
Imagen radiográfica panorámica	$5,00
Imagen radiográfica cefalométrica	$5,00
Imagen fotográfica bucal en 2D o facial obtenida intraoral o extraoralmente	$5,00
Interpretación de una imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, incluye el reporte.	$5,00
Moldes de diagnóstico	$5,00
Aplicación tópica de esmalte con flúor	$5,00
Amalgama, una superficie, primaria o permanente	$20,00
Amalgama, dos superficies, temporales o permanentes	$20,00
Amalgama, tres superficies, primarias o permanentes	$20,00
Amalgama, cuatro superficies o más, primarias o permanentes	$20,00
Composite a base de resina, una superficie, anterior	$20,00
Composite a base de resina, dos superficies, anterior	$20,00
Composite a base de resina, tres superficies, anterior	$20,00
Composite a base de resina, cuatro o más superficies (anterior)	$20,00
Corona de composite a base de resina, anterior	$20,00
Composite a base de resina, una superficie, posterior	$20,00
Composite a base de resina, dos superficies, posterior	$20,00
Composite a base de resina, tres superficies, posterior	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	$20,00
Incrustación, metálica, 1 superficies	$20,00
Incrustación, metálica, 2 superficies	$20,00
Incrustación, metálica, 3 + superficies	$20,00
Sobreincrustación, metálica, dos superficies	$20,00
Sobreincrustación, metálica, 3 superficies	$20,00
Sobreincrustación, metálica, 3 superficies	$20,00
Sobreincrustación, metálica, 4 + superficies	$20,00
Corona, porcelana/cerámica	$20,00
Corona, porcelana fundida en un metal noble/muy resistente	$20,00
Corona, porcelana fundida en un metal predominantemente base	$20,00
Corona, porcelana fundida en un metal noble	$20,00
Corona, 3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	$20,00
Corona, 3/4 por colado en un metal predominantemente base	$20,00
Corona, 3/4 porcelana/cerámica	$20,00
Corona, total por colado en un metal noble/muy resistente	$20,00
Corona, total por colado en un metal predominantemente base	$20,00
Corona, completa por colado en un metal noble	$20,00
Corona, titanio	$20,00
Recementación o readhesión, incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie	$20,00
Recementación o readhesión de corona	$20,00
Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	$20,00
Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	$20,00
Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	$20,00
Restauración de protección	$20,00
Fortalecimiento del muñón, incluyendo cualquier perno cuando es necesario	$20,00
Retención con perno, por diente, además de la restauración	$20,00
Perno y muñón prefabricado además de la corona	$20,00
Estabilización de banda, por diente	$20,00
Reparación de coronas, según reporte	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	$20,00
Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración	$20,00
Reparación de carillas necesaria por falla del material de restauración	$20,00
Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficie lisa	$20,00
Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), extirpación de la pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento	$20,00
Pulpotomía parcial para apexogénesis, diente permanente con desarrollo incompleto de raíz	$20,00
Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, diente primario (excluye restauración final)	$20,00
Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, diente primario (excluye restauración final)	$20,00
Terapia de endodoncia, diente anterior (excluye restauración final)	$20,00
Terapia de endodoncia, diente premolar (excluye restauración final)	$20,00
Terapia de endodoncia, diente molar (excluye restauración final)	$20,00
Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior	$20,00
Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	$20,00
Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	$20,00
Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	$20,00
Apicoformación/recalcificación - remplazo de medicamento temporal	$20,00
Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	$20,00
Regeneración pulpar, incluye tratamiento regenerativo completo de un diente permanente inmaduro con pulpa necrótica. Incluye eliminación de medicamento intracanal y procesos necesarios para regenerar el desarrollo de raíces y radiografías necesarias.	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Apicectomía, anterior	$20,00
Apicectomía, premolar (primera raíz)	$20,00
Apicectomía, molar (primera raíz)	$20,00
Apicectomía (cada raíz adicional)	$20,00
Amputación de raíz, por raíz	$20,00
Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de canal radicular	$20,00
Decoronación o sumersión de un diente salido	$20,00
Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20,00
Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20,00
Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente	$20,00
Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20,00
Alargamiento clínico de coronas, tejido rígido	$20,00
Cirugía ósea (incluyendo la elevación de un espesor total y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$20,00
Procedimiento de injerto de tejido blando del pedículo	$20,00
Procedimientos de injertos de tejido conectivo subepitelial	$20,00
Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo cirugía del sitio del donante), en el primer diente o espacio desdentado en el injerto	$20,00
Procedimiento de injerto de tejido (incluyendo el sitio quirúrgico del donante), cada diente contiguo adicional posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20,00
Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20,00
Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluyendo el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición desdentada en el mismo sitio de injerto	$20,00
Raspado periodontal y alisado de raíz, cuatro o más dientes por cuadrante	$20,00
Raspado periodontal y alisado de raíz, uno a tres dientes por cuadrante	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Un desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación periodontal y diagnóstico integrales en una visita posterior	$20,00
Mantenimiento periodontal	$20,00
Dentadura postiza completa, maxilar	$20,00
Dentadura postiza completa, mandibular	$20,00
Dentadura postiza inmediata, maxilar	$20,00
Dentadura postiza inmediata, mandibular	$20,00
Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes)	$20,00
Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluyendo material retenedor/de sujeción, soportes, y dientes)	$20,00
Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	$20,00
Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal colado con base de resina de la prótesis (incluye cualquier retenedor, soporte y dientes convencionales)	$20,00
Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de metal colado	$20,00
Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$20,00
Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$20,00
Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$20,00
Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$20,00
Reparación de base de dentadura postiza completa rota	$20,00
Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis total (cada diente)	$20,00
Reparación de base de dentadura postiza de resina	$20,00
Reparación de estructura por colado	$20,00
Reparación o reemplazo del material de sujeción del retenedor, por diente	$20,00
Reemplazo de dientes rotos, por diente	$20,00
Agregar diente a dentadura postiza parcial existente	$20,00
Agregar retenedor a dentadura postiza parcial existente	$20,00
Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$20,00
Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$20,00
Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$20,00
Prótesis híbrida de rebasado	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (consultorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	$20,00
Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	$20,00
Revestimiento suave para dentaduras postizas removibles, completas o parciales	$20,00
Acondicionamiento de tejido, maxilar	$20,00
Acondicionamiento de tejido, mandibular	$20,00
Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endosteal	$20,00
Colocación quirúrgica del cuerpo del implante temporal, implante endosteal	$20,00
Colocación quirúrgica de mini implantes	$20,00
Colocación quirúrgica: implante eposteal	$20,00
Colocación quirúrgica, implante trasosteal	$20,00
Dentaduras postizas removibles con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	$20,00
Dentaduras postizas removibles con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	$20,00
Barra de conexión, implante sostenido o pilar sostenido	$20,00
Pilar prefabricado	$20,00
Corona cerámica/porcelana con soporte de pilar	$20,00
Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble/muy resistente)	$20,00
Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (base predominantemente de metal)	$20,00
Porcelana con soporte de pilar fundida en una corona de metal (metal noble)	$20,00
Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble/muy resistente)	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Corona de metal fundido con soporte de pilar (base predominantemente de metal)	$20,00
Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	$20,00
Corona cerámica/porcelana con soporte de implante	$20,00
Porcelana con soporte de implante fundida en una corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	$20,00
Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal noble/muy resistente)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble/muy resistente)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (base predominantemente de metal)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida en FPD de metal (metal noble)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble/muy resistente)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (base predominantemente de metal)	$20,00
Retenedor con soporte de pilar para FPD colado (metal noble)	$20,00
Retenedor con soporte de implante para FPD de cerámica	$20,00
Retenedor con soporte de implante para porcelana fundida en FPD de metal (titanio, aleación de titanio o metal noble/muy resistente)	$20,00
Retenedor con soporte de implante para FPD de metal colado (titanio, aleación de titanio o metal noble/ muy resistente)	$20,00
Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado completamente	$20,00
Dentaduras postizas fijas con soporte de pilar/implante para arco desdentado parcialmente	$20,00
Procedimientos de mantenimiento de implante	$20,00
Reparación de prótesis soportada por implante	$20,00
Reemplazo de pieza de recambio de un aditamento de precisión o semi-precisión de una prótesis con soporte de pilar/implante, por aditamento	$20,00
Reparación de prótesis soportada por pilar	$20,00
Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Desbridamiento de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único y limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$20,00
Desbridamiento y tallado óseo de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único, e incluye limpieza de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$20,00
Injerto óseo para reparar el defecto del peri-implante - no incluye la entrada y cierre del colgajo. La colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar la regeneración ósea son reportadas por separado.	$20,00
Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante	$20,00
Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso o elevación del colgajo	$20,00
Índice radiográfico/quirúrgico para implantes, según reporte	$20,00
Reemplazo de material restaurativo utilizad para cerrar un acceso abierto de una prótesis con soporte de pilar atornillado, por implante	$20,00
Póntico, composite a base de resina indirecta	$20,00
Póntico, por colado en un metal noble/muy resistente	$20,00
Pónticos colados predominantemente con metal base	$20,00
Póntico, por colado en un metal noble	$20,00
Póntico, titanio	$20,00
Póntico, porcelana fundida, un noble/muy resistente	$20,00
Póntico, porcelana fundida en un metal base	$20,00
Póntico, porcelana fundida, un metal noble	$20,00
Póntico, prótesis fija, porcelana/cerámica	$20,00
Póntico, resina con un metal noble/muy resistente	$20,00
Póntico, resina con un metal noble	$20,00
Póntico, resina con un metal noble	$20,00
Retenedor, de metal colado, fijo	$20,00
Corona de retenedor, porcelana/cerámica	$20,00
Corona, porcelana fundida un noble/muy resistente	$20,00
Corona de porcelana fundida en un metal base	$20,00
Corona, porcelana fundida en un metal noble	$20,00
Corona 3/4 por colado en un metal noble/muy resistente	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Corona 3/4 por colado en metal predominantemente básico, en prótesis fija	$20,00
Corona 3/4 por colado en metal, en prótesis fija	$20,00
Corona 3/4 porcelana/cerámica, en prótesis fija	$20,00
Corona, completa por colado en un metal noble/muy resistente	$20,00
Corona, completa por colado en un metal básico	$20,00
Corona, completa por colado en un metal noble	$20,00
Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$20,00
Reparación de dentaduras postiza parcial fija	$20,00
Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por medio de elevador y/o fórceps)	$20,00
Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o la sección de un diente e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	$20,00
Extracción de diente impactado, tejido blando	$20,00
Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	$20,00
Extracción de diente impactado, completamente en hueso	$20,00
Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$20,00
Extracción quirúrgica de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	$20,00
Coronectomía, extracción parcial intencional del diente, solo dientes impactados	$20,00
Reimplantación del diente y/o estabilización de un diente desplazado o perdido accidentalmente	$20,00
Acceso quirúrgico de un diente retenido	$20,00
Biopsia por escisión de glándula salival menor.	$20,00
Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante	$20,00
Alveoloplastia junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20,00
Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20,00
Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	$20,00
Extirpación de exóstosis, por sitio	$20,00
Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	$20,00
Sutura de heridas pequeñas hasta 5 cm	$20,00

Descripción de los procedimientos odontológicos cubiertos	Copago dentro de la red/fuera de la red
Recolección y aplicación de un producto sanguíneo autólogo concentrado	$20,00
Escisión de encía periocoronaria	$20,00
Sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos	$20,00
Sedación intravenosa (consciente) moderada/analgesia, cada incremento subsiguiente de 15 minutos	$20,00
Sedación moderada (consciente) no intravenosa	$20,00
Consulta- servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	$20,00
Administración de medicamento terapéutico, según reporte	$20,00
Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas), circunstancias poco comunes, según reporte	$20,00
Protector oclusal, según informe	$20,00

LIMITACIONES

(1) Los servicios que son más costosos que el tratamiento normalmente proporcionado bajo las prácticas dentales estándar aceptadas, se llaman "Servicios opcionales". Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar. Ejemplos de servicios opcionales:
- Una restauración de composite en lugar de una restauración de amalgama en dientes posteriores;
- Una corona donde un relleno restauraría el diente;
- Una incrustación/sobreincrustación en lugar de una restauración de amalgama; o
- Materiales como porcelana, resina o similares para coronas ubicadas en el segundo o tercero molar maxilar o en cualquier molar mandibular (se hará una asignación para la corona de porcelana fundida con un metal noble/muy resistente).

Si una persona inscrita recibe servicios opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo cual significa que Delta Dental basará los beneficios en el costo menor del servicio habitual o en la práctica estándar en lugar del costo más alto del servicio opcional. La persona inscrita será responsable de la diferencia ente el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o procedimiento estándar.

(2) Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto en el caso de exámenes realizados después del horario habitual de servicio y exámenes de observación) y las limpiezas (incluyendo limpiezas periodontales en caso de encías inflamadas o una combinación de ambas) no más de dos veces en un año calendario. Se permite un desbridamiento completo

de la boca una vez de por vida y cuenta para la frecuencia de las limpiezas que se proporcionan en un año. Tenga en cuenta que, las limpiezas periodontales, los códigos de procedimiento que incluyen limpiezas periodontales y desbridamiento completo de la boca están normalmente cubiertos como beneficio básico y las limpiezas de rutina están cubiertas normalmente como beneficio de diagnóstico y prevención.

(3) Limitaciones para radiografías:
- Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor por una serie completa de radiografías intraorales cuando las tarifas en combinación de radiografías intraorales en una sola serie de tratamiento cumplan o excedan la tarifa aceptada por una serie completa de radiografías intraorales.
- Cuando una radiografía panorámica se presenta con radiografías suplementarias, Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie completa de radiografías intraorales.
- Si una radiografía panorámica se toma junto a una serie completa de radiografías intraorales, Delta Dental incluirá la radiografía panorámica dentro de la serie completa.
- Una serie completa de radiografías intraorales y una radiografía panorámica están limitadas a una cada 60 meses.
- Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a dos veces en un año calendario cuando sean proporcionadas a inscritos menores de 18 años y una vez cada año calendario para inscritos de 18 años y más. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo no están autorizadas dentro de los 12 meses siguientes a una serie de radiografías bucales completas, a menos que circunstancias especiales lo justifiquen.

(4) La aplicación soluciones tópicas de flúor está limitada a los inscritos hasta los 19 años y no más de dos veces en un año calendario.

(5) Limitaciones para protectores de espacio:
- Los protectores de espacio están limitados al aparato inicial y son un beneficio para inscritos hasta los 14 años.
- La recementación del protector de espacio está limitado a uno de por vida.
- La extracción de un protector fijo de espacio está considerada como incluida en la tarifa para el protector de espacio; sin embargo, se hará una excepción si la extracción la realiza un proveedor o consultorio diferente.

(6) Las pruebas de vitalidad pulpar están permitidas una vez al día cuando no se realice el tratamiento definitivo.

(7) Las radiografías cefalométricas, imágenes fotográficas faciales/bucales y moldes de diagnóstico están cubiertos una vez de por vida solo cuando los servicios de ortodoncia están cubiertos. Si los servicios de ortodoncia están cubiertos, consulte las limitaciones, ya que pueden aplicar límites de edad.

(8) Los sellantes están limitados de la siguiente manera:

- Para los primeros molares permanentes hasta los ocho años y los segundos molares permanentes hasta los 15 años, si no hay caries o restauraciones en las superficies oclusales.
- No incluye la reparación o el reemplazo de un sellante en cualquier diente dentro de los 24 meses siguientes a su aplicación.

(9) Consultas con el especialista, exámenes y evaluaciones de pacientes están limitados a una de por vida por proveedor y cuentan para la frecuencia del examen bucal.

(10) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de una amalgama o restauraciones de composite basadas en resina (rellenos) o resinas prefabricadas y coronas de acero inoxidable dentro de 24 meses de tratamiento si el servicio es proporcionado por el mismo proveedor o en el mismo consultorio. El reemplazo de restauraciones dentro de 24 meses está incluido en la tarifa de la restauración original.

(11) Las coronas de acero inoxidable están permitidas en dientes de bebé (dientes de leche) y dientes permanentes hasta los 16 años de edad.

(12) La pulpotomía terapéutica está limitada a una de por vida para dientes de bebé (dientes de leche) únicamente y es considerado tratamiento paliativo para dientes permanentes

(13) La terapia de tratamiento de canales y la terapia pulpar (relleno reabsorbible) están limitadas a una vez de por vida. La repetición del tratamiento de canales por el mismo proveedor o consultorio dentro de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

(14) La apexificación solo es un beneficio para dientes permanentes con el desarrollo incompleto de canales o para la reparación de una perforación. Las visitas de apexificación tienen un límite de por vida por diente de una visita inicial, cuatro visitas temporales y una visita final hasta los 19 años.

(15) La repetición de cirugía apical por el mismo proveedor o consultorio dentro de 24 meses está considerada como parte del procedimiento original.

(16) La retención de pernos está cubierta no más de una vez en cualquier período de 24 meses.

(17) Tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y las tarifas incluyen todos los tratamientos proporcionados, diferentes a radiografías requeridas o procedimientos de diagnóstico seleccionados.

(18) Limitaciones para procedimiento periodontales:

- Los beneficios para raspado periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante están limitados a una vez por cada período de 24 meses.
- La cirugía periodontal en el mismo cuadrante está limitada a una vez por cada período de 36 meses e incluye cualquier reentrada quirúrgica o raspado y alisado radicular.

- Los servicios periodontales, incluyendo los injertos óseos de reemplazo, regeneración guiada de tejido, procedimientos de injerto y materiales biológicos para ayudar la regeneración de tejidos blandos y óseos solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto a extracciones, cirugía perirradicular, aumento de bordes o implantes.
- Si se debe realizar un raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante, deben ser realizados al menos seis semanas antes de la cirugía periodontal.
- Las limpiezas (de rutina y periodontales) y desbridamiento completo de la boca están sujetas a un período de espera de 30 días después de un raspado periodontal y alisado radicular si se hacen en el mismo consultorio.

(19) Los servicios de cirugía bucal están cubiertos una vez de por vida, excepto la extracción de quistes y lesiones e incisión y procedimientos de drenaje, los cuales están cubiertos una sola vez el mismo día.

(20) Los siguientes procedimientos bucales se llevan a cabo solo hasta los 19 años: fibrotomía transeptal/ supracrestal, según reporte.

(21) Los siguientes procedimientos bucales se llevan a cabo solo hasta los 19 años (o límite de edad para ortodoncia) siempre y cuando los servicios de ortodoncia estén cubiertos: acceso quirúrgico de un diente retenido, colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado y reposicionamiento quirúrgico de los dientes.

(22) Las coronas e incrustaciones/sobreincrustaciones están limitados a inscritos mayores de 12 años y están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que la corona o incrustación/sobreincrustación existente no es satisfactoria y no puede serlo debido a que el diente involucrado ha experimentado pérdida considerable o cambios en la estructura del diente o los tejidos de soporte.

(23) Cuando un beneficio alternativo de una amalgama está permitido para incrustaciones/sobreincrustaciones, estas están limitadas a inscritos mayores de 12 años y están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(24) El fortalecimiento del muñón, incluyendo cualquier perno, está cubierto no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(25) Los servicios para pernos y muñones están cubiertos no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(26) Las reparaciones de coronas están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses.

(27) Las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertas no más de una vez en cualquier período de seis meses, excepto por las reparaciones de dentaduras postizas fijas, las cuales están cubiertas no más de dos veces en cualquier período de 60 meses.

(28) Los aparatos de prostodoncia (incluyendo implantes y/o prótesis soportada por implante*) que fueron proporcionados bajo cualquier plan de Delta Dental serán reemplazados solo después de que hayan pasado 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que hay una pérdida considerable del diente remanente o un cambio en el tejido de soporte y que el punto fijo actual o dentadura postiza no pueda hacerse satisfactorio. Los aparatos fijos de prostodoncia están limitados a inscritos mayores de 16 años. El reemplazo de aparatos de prostodoncia (y/o prótesis soportadas por implante*) que no hayan sido proporcionadas bajo un plan de Delta Dental se hará si Delta Dental determina que no es satisfactorio y no es posible hacerlo satisfactorio.

* Aplica si los implantes están indicados como cubiertos en el diseño del plan propuesto. Las ayudas que facilitan el diagnóstico y tratamiento para implantes se consideran parte de, y están incluidas en las tarifas del tratamiento definitivo. El pago de Delta Dental para la extracción de implantes está limitado a una por cada implante, de por vida para el inscrito, ya sea que haya sido proporcionado por Delta Dental o cualquier otro plan dental.

(29) Cuando un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible esté ubicada en el mismo arco en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será parte de un beneficio.

(30) La recementación de coronas, incrustaciones/sobreincrustaciones o puentes está incluido en la tarifa por la corona, incrustaciones/sobreincrustaciones o puente si se realizó con el mismo proveedor o consultorio dentro de los seis meses de la colocación inicial. Después de seis meses, el pago será limitado a una recementación de por vida por el mismo proveedor o consultorio.

(31) Delta Dental limita los pagos por dentaduras postizas a dentaduras parciales estándar o completas (aplica coseguro para el inscrito). Una dentadura postiza estándar significa un aparato removible para reemplazar los dientes naturales, permanentes ausentes, y está hecha de materiales aceptados por medios convencionales e incluye atención de rutina después de la entrega, incluyendo cualquier ajuste y rebasado durante los primeros seis meses después de la colocación.

- El rebasado de dentadura postiza está limitado a uno en un período de 24 meses e incluye rebase y ajustes durante seis meses después de la colocación.
- Las dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales removibles y rebases incluyen ajustes por seis meses después de la colocación. Después de los seis meses iniciales de un ajuste o rellenos los ajustes están limitados a dos por arco en un año calendario y el rebase a uno por arco en un período de seis meses.
- El acondicionamiento de tejido está limitado a dos por arco en un período de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejido no está permitido como beneficio separado cuando se realiza el mismo día que el servicio de dentadura, relleno o rebase.
- La recementación de dentaduras postizas parciales fijas limitada a uno de por vida.

EXCLUSIONES

Delta Dental no paga beneficios por:

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

(2) Procedimientos o cirugía cosméticos por razones puramente cosméticas.

(3) Prótesis maxilofaciales.

(4) Restauraciones provisiones y/o temporales (excepto una dentadura postiza parcial temporal removible para reemplazar dientes anteriores permanentes extraídos durante períodos de curación para niños de 16 años y menores).

(5) Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), incluyendo, pero no limitadas a paladar hendido, malformaciones de la mandíbula inferior y superior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a recién nacidos por defectos congénitos diagnosticados o anomalías del nacimiento.

(6) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes pérdida por desgaste, erosión o abrasión o tratamiento para reconstruir o mantener superficies masticatorias debido a dientes mal alienados u oclusión. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados a equilibrio, férulas periodontales, ajustes oclusales completos o protectores nocturnos/oclusales y abfracción.

(7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en que el inscrito ganó la elegibilidad para recibir servicios bajo este plan.

(8) Medicamentos con receta, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.

(9) Cargos por anestesia, diferente a la anestesia general y sedación por IV administrada por el proveedor en relación con una cirugía bucal o con procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.

(10) Injertos extraorales (injerto de tejidos externos a tejidos bucales).

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

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

(13) Implantes temporales.

(14) Incrustraciones/sobreinscrustaciones basadas en resina indirectamente fabricadas.

(15) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional del proveedor por el tratamiento en cualquier centro.

(16) Tratamiento proporcionado por una persona diferente al proveedor o una persona que, por ley, trabaje bajo la supervisión directa del proveedor.

(17) Cargos incurridos por instrucciones de higiene bucal, programa del control de la placa, programas de control preventivo, incluyendo horas de cuidado en el hogar, instrucciones respecto a las dietas, duplicaciones de radiografías, pruebas de detección del cáncer, asesoramiento sobre el tabaco o citas no cumplidas.

(18) Servicios administrativos de práctica dental incluyendo, pero no limitada a, preparación de reclamos, cualquier fase de odontología sin tratamiento, tales como la prestación de un ambiente antiséptico, esterilización de equipo o control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante la prestación rutinaria de un tratamiento, como hisopos de algodón, gaza, baberos, tapabocas o técnicas de relajación como música.

(19) Procedimientos que tengan un pronóstico cuestionable basado en la revisión de la documentación presentada de un consultor dental profesional.

(20) Cualquier cargo impuesto (o al que se incurrió) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa por beneficios proporcionados bajo el contrato, será responsabilidad del inscrito y no es un beneficio cubierto.

(21) Los deducibles, los montos por encima del máximo del plan y/o cualquier servicio no están cubiertos por el plan dental.

(22) Servicios cubiertos por el plan dental, pero que exceden los límites de beneficios o no concuerdan con las políticas de procesamiento en vigor al momento en que se procesa el reclamo.

(23) Servicios por tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y/o mandíbula), a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

(24) Servicios por cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (TMJ, por sus siglas en inglés) o músculos, nervios y otros tejidos asociados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

(25) Implante endoóseo endodóntico.

(26) Implantes y servicios relacionados, a menos que sea indicado como cubierto en el diseño del plan propuesto.

Descargo de responsabilidad: Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, riesgos, beneficios y tarifas. Para verificar la cobertura y los costos de bolsillo, el proveedor también puede presentar un estimado previo al tratamiento antes de que se presten los servicios. Los códigos de procedimiento pueden actualizarse para ajustarse a la Terminología Dental Actual (CDT) de la Asociación Dental Americana (ADA) de acuerdo con las normas nacionales.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

El cuadro siguiente da una lista de servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se decide mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de custodia. La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo ayuda con actividades cotidianas como bañarse y vestirse.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Entrega de comidas a domicilio.		• Los miembros son elegibles para recibir comidas a domicilio después de recibir el alta de un entorno agudo, ya sea como paciente interno, estadía aguda o por cirugía. El centro de llamadas del servicio de comidas llamará al miembro que recibió el alta para confirmar que el miembro desea recibir la comida. El beneficio cubre hasta 14 comidas durante 7 días y sin límite de altas por año.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna situación**	
Atención odontológica que no sea de rutina.		• Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	**No cubiertos en ninguna situación**	
Habitación privada en el hospital.		• 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.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica de rutina como limpiezas, rellenos o dentaduras.		• Los servicios odontológicos integrales y preventivos seleccionados están cubiertos. (Consulte la tabla de la Sección 2,1 del Capítulo 4 para conocer los beneficios dentales cubiertos).
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la visión baja.		• El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas que se someten a cirugía de cataratas; están cubiertos un examen ocular de rutina y asignación para anteojos.
Cuidado de rutina de los pies.		• Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, dispositivos auditivos o exámenes para colocar audífonos.		• Se cubre un examen anual de la audición de rutina, así como cobertura limitada para dispositivos auditivos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	**No cubiertos en ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

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

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (https://www.christushealthplan.org/find-a-provider), y/o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.christushealthplan.org/find-a-provider.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos

lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

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

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como medicamentos de **"pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que usted solicite **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o comuníquese con Servicios para miembros.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 21 días máximo. En caso de que un paquete de pedido por correo se retrase, la farmacia de pedido por correo le ayudará a coordinar un surtido a corto plazo con una farmacia cercana. También puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros para obtener asistencia.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando a los Servicios para miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

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

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a los Servicios para miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

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

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

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

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

Sección 2.4 Cómo puedo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma regularmente, debido a una afección crónica o a un tratamiento prolongado.)

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un costo compartido inferior. Otras farmacias minoristas pueden no aceptar los montos de costo compartido inferior. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de

mantenimiento. También puede llamar a con Servicios para los miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan y se queda sin medicamentos cubiertos de la Parte D o los pierde, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Usted está surtiendo una receta para un medicamento cubierto de la Parte D y ese medicamento en particular no se encuentra disponible regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo accesible de la red.
- Los medicamentos de la Parte D son despachados por una farmacia institucional fuera de la red mientras se encuentra en un centro de emergencia, clínica de un proveedor, cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

¿Cómo solicitar un reembolso del plan?

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

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

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

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

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

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no están en el Formulario para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones específicas que cubren.

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se

denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca y por lo general cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares disponibles para algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para encontrar más información, llame a Convey al 1-877-906-0738.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

	Nivel de costo compartido	**Medicamentos incluidos en el nivel de costo compartido**
	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos no preferidos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos No preferidos
Nivel más alto de costo compartido	5	Medicamentos de especialidad
Nivel más bajo de costo compartido	6	Medicamentos de atención selecta

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

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

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica (tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (https://www.christushealthplan.org/member-resources/coverage/medicare/pharmacy-part-d/is-my-medication-covered). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (**https://www.express-scripts.com/frontend/medicare-oe/christusplus** o llame a Servicios para los miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente implica que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción.
(Ver Capítulo 9).

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

Por lo general, un medicamento **genérico** *o biosimilar intercambiable* funciona igual que un medicamento de marca *o producto biológico original* y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica *o biosimilar intercambiable* de un medicamento de marca *o producto biológico original* está disponible, nuestra red de farmacias le proporcionará la versión genérica *o biosimilar intercambiable* en lugar del medicamento de marca *o producto biológico original*.** Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted O ha escrito "No se permiten sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original *O* nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que traten la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

Límites en la cantidad

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

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

- **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 34 días o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

- Si es un nuevo residente de un centro de LTC y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, como tratamiento escalonado o límites de cantidad (límites de dosis), cubriremos un suministro de emergencia temporal de 34 días de ese medicamento (a menos que la receta sea para menos días) mientras el miembro solicita una excepción al formulario. Hay excepciones disponibles en situaciones en las que experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe y que también requiere que haga la transición de una instalación o centro de tratamiento a otro. En tales circunstancias, usted sería elegible para una excepción temporal de suministro único incluso si se encuentra fuera de los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica solo a aquellos medicamentos que son de la Parte D y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que califique para acceso fuera de la red.

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

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

2) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta

en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

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

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir una versión en papel del medicamento de marca por uno genérico.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas

restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico.

- Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
  - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

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

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se detallan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. **"Uso para una indicación no autorizada"** es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias específicas, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

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

Además, si está recibiendo "**Ayuda adicional**" para pagar sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare Llame al programa estatal de Medicaid para saber qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2.)

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funciona su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las

náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

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

Realizamos una revisión cada vez que usted compra un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

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

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

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

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

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

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

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de su medicamento. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

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

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

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcione una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. Usted también puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los miembros.

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

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

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

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

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

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

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

Es importante quién paga:

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

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- La prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

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

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibió incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad llega a $8,000, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)?

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

Etapa 1: Etapa del deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales del medicamento y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Leve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

No hay deducible para CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o monto de coseguro). La parte del costo que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde surte su receta.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo del medicamento:

	Nivel de costo compartido	Medicamentos incluidos en el nivel de costo compartido
	1	Medicamentos genéricos preferidos

	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferidos
	4	Medicamentos No preferidos
Nivel más alto de costo compartido	5	Medicamentos de especialidad
Nivel más bajo de costo compartido	6	Medicamentos de atención selecta

- Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en el Nivel 3.

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

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

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

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro-de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (suministro para hasta 34 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	$4 de copago	$4 de copago	$4 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$10 de copago	$10 de copago	$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$47 de copago $35 de copago por insulina	$47 de copago $35 de copago por insulina	$47 de copago $35 de copago por insulina
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Usted no pagará más de $35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para más información sobre el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

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

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

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

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

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

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

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

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

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro-de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	$12 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$30 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	$141 de copago $105 de copago por insulina	$141 de copago $105 de copago por insulina
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$300 de copago	$300 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de especialidad)	No está cubierto	No está cubierto
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	$0 de copago	$0 de copago

Usted no pagará más de $105 para un suministro para tres meses por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de $5,030 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

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

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

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

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

Durante la Etapa del período sin cobertura, usted paga los mismos copagos que pagó en la Etapa de cobertura inicial para los medicamentos que se encuentren en el nivel 6 (Medicamentos de atención selecta) o el 25% del costo, lo que sea menor. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

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

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

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

Usted no pagará más de $35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para estas vacunas.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de $8,000 para el año calendario Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

CHRISTUS Health Advantage (HMO) ofrece un beneficio de farmacia para productos de venta libre además de los beneficios de la Parte D descritos en este capítulo. Recibirá un beneficio trimestral de hasta $150, según su plan, para productos de salud y bienestar de venta libre, disponibles a través de OTC Health Solutions. Este beneficio le brinda una manera fácil de obtener medicamentos para las alergias genéricos y de marca, suministros de seguridad para el baño, medicamentos para el resfriado y la gripe, vitaminas y minerales, y productos para aliviar el dolor.

Para ordenar medicamentos de venta libre:

Puede obtener su beneficio de venta libre de la manera siguiente cada trimestre. Su orden será enviada directamente a su puerta.

1. Usted puede hacer su pedido en línea utilizando el sitio web CHRISTUS Health Plan OTC www.christushealthplanotc.com.
2. Puede hacer su pedido a través de la aplicación móvil OTC anywhere

3. Puede hacer su pedido enviando por correo el formulario de pedido que viene en el catálogo (las últimas 2 páginas del catálogo OTC).

4. Si tiene preguntas o desea hacer un pedido por teléfono, los asesores de OTC están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del Este al número 1-877-906-0738 (TTY: 711).

	Período	Fecha límite de pedido	Límite:
Trimestre 1	Enero a marzo de 2024	30 de abril de 2024	$150
Trimestre 2	Abril a junio de 2024	30 de julio de 2024	$150
Trimestre 3	Julio a septiembre de 2024	30 de octubre de 2024	$150
Trimestre 4	Octubre a diciembre de 2024	30 de enero de 2025	$150

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin ningún costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos del plan o comuníquese con Servicios para los miembros para conocer la cobertura y los detalles del costo compartido para vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D.

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor o de Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tiene costo.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. También es posible que un proveedor se la administre en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

Situación 1: Obtiene su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. En algunos estados no se permite que las farmacias administren determinadas vacunas).

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

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

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

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

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará su coseguro o copago por la vacuna en sí a la farmacia.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el costo total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte el Sección 2 de este capítulo.

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

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

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir los servicios de emergencia o urgentemente necesarios por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

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

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

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

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

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

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, suministro o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Proporcione la siguiente información. Esta lista no es del todo inclusiva. Si se necesita otra información para tomar una determinación, la información se solicitará en el momento del procesamiento.
    - Nombre del miembro
    - Fecha de nacimiento del miembro
    - Número de identificación de miembro
    - Nombre del proveedor de atención médica (médico, centro, etc.)
    - Fecha del servicio (incluyendo fecha de inicio y fecha de terminación)

  - Monto pagado por el servicio
  - Enfermedad o lesión que requirió el tratamiento (sea lo más específico posible y proporcione la mayor cantidad de información posible).

- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.christushealthplan.org) o llame a Servicios para los miembros y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Reclamaciones médicas:
CHRISTUS Health Plan
Atención: Reclamos
P.O. Box 169006
Irving, TX 75016

Reclamaciones de medicamentos:
Express Scripts
Atención: Reclamaciones de la Parte D de Medicare:
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le

enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle la información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.).

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

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas, disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales para miembros están disponibles en español, así como en inglés. Asimismo, le podemos brindar la información en Braille, en letra grande o en formatos alternativos sin ningún costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros.

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros. Usted también puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red del plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

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

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

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

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "**Notice of Privacy Practice" (Aviso sobre prácticas de privacidad)**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

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

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

Como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

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

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

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

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el "**testamento vital**" y el "**poder de representación para la atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "**instrucción anticipada**" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas. Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede llamar a **Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "*Medicare Rights & Protections*" (Derechos y protecciones de Medicare). (La

publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Incluso si se muda *dentro* del área de plan servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe utilizar, incluimos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible

que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

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

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los servicios y artículos médicos y los medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por la atención médica que reciba. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la Evidencia

de cobertura deja claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionar atención médica que usted cree necesaria. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos la atención médica antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura 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 una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo 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 recibir un beneficio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede **apelar** la decisión**.** Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "**apelación rápida**" o acelerada de una decisión de cobertura Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si no rechazamos el caso, pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede hacer una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan.

- No tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para conocer más información acerca del Nivel 2 de apelaciones.
- En el caso de las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá hacer una apelación de Nivel 2. Encontrará más información sobre las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

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

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

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

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario "*Nombramiento de representante*". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.)
    - Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario "*Nombramiento de representante*". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-

Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.) El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

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

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6 de este capítulo.** “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

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

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

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta 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 cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **"determinación de la organización**". Una "decisión de cobertura rápida" se denomina "**determinación acelerada**".

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

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

- *Solo podrá solicitar* cobertura para artículos médicos y/o servicios (no solicitudes de pago para artículos y/o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Explica cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, l**e daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para

obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones

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

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **"reconsideración**" del plan. Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**.

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

Generalmente, una "apelación estándar" se realiza dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una "apelación rápida" se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene 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 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información adicional para sustentar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, 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 que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja

en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

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

La organización de revisión independiente es una organización 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. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "**archivo de caso**". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.

- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- En el caso de la "apelación estándar", si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza 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 debe autorizar. (Esto se llama "**confirmar la decisión**" o "**rechazar su apelación**"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explique su decisión.

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

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "*medicamento*" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "*medicamento con receta cubierto para pacientes externos*" o "*medicamento de la Parte D*". También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "*Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*".

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una "**determinación de cobertura**".

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos.* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel más alto de costo compartido. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4.**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, “**excepción al Formulario**”. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una “**excepción de nivel**”.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “**excepción**”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción A

continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos cubiertos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4, el Nivel de Medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel del costo compartido, menor será la parte del costo que deberá pagar por el medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede solicitarnos que cubramos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de especialidad).
   - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

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

En general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las "decisiones de cobertura estándar" se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las "decisiones de cobertura rápidas"** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

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

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

Paso 2: solicitar una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan de salud solicitando que autoricemos o le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* o el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo

le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

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

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

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar en un plazo de **72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

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

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama "**redeterminación**". Una "apelación también se denomina **"redeterminación acelerada".**

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

Generalmente, una "apelación estándar" se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una "apelación rápida" se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida".

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-844-282-3026**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de *cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información adicional para sustentar su apelación.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

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

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

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

La organización de revisión independiente es una organización 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. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "**en riesgo**" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "**archivo de caso**". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida" dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

En el caso de las "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

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

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararlo para el día en que le darán de alta en el hospital. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud.

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

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

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea enwww.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) 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:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta s*in que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un A**viso detallado de alta.** Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le 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.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: 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 *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba

después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

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

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

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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

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

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

- Los revisores 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 la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para 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 la rechaza:

- 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 con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 sobre la fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no

estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos continuar proporcionando la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados mientras sea médicamente necesario. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 Esta sección trata solo acerca de tres servicios*:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (COF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral**

para pacientes externos), tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales
Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una "**apelación rápida**" Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Sele pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos 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 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. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro Plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- 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 *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo 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, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación Si la Organización para la Mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos domiciliarios, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un Centro Integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

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

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

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

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

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo , y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
    - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos

la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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 la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor en dólares del medicamento al que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. 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, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (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?

Queja	Ejemplo
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? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿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? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de 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 “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una "**queja**" también se denomina "**reclamo**". • **Presentar una queja** también se denomina **"interponer un reclamo"** • **"Usar el proceso para quejas"** también se denomina **"usar el proceso para interponer un reclamo".** • Una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Funciona de la siguiente manera:**
    - Una vez que recibamos su queja, CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) le enviará una carta de acuse de recibo en los cinco (5) días hábiles después de recibir su queja. Le notificaremos para informarle cómo hemos abordado su inquietud dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja. En algunos casos, es posible que necesitemos tiempo adicional para abordar su inquietud. Podemos extender el plazo hasta catorce (14) días calendario si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la extensión es lo mejor para usted. Le enviaremos una carta confirmando la extensión si es necesaria.
    - También puede presentar su queja por escrito (puede enviarla por correo, fax o traerla a nuestra oficina, utilizando la información del Capítulo 2, Sección 1 de este documento). En determinadas circunstancias, puede presentar una queja formal acelerada, también conocida como queja rápida. Puede presentar una queja formal acelerada si no aceptamos su solicitud de reconsideración acelerada, también conocida como apelación acelerada. Procesaremos y le notificaremos nuestra decisión relacionada con su queja a más tardar veinticuatro (24) horas después de que haya presentado la queja. También puede presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar una extensión que involucre un

servicio que haya solicitado o una apelación que haya presentado. Debemos abordar su queja tan rápido como lo requiera su caso según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir su queja.

  - Si rechazamos su apelación total o parcialmente, nuestra decisión por escrito explicará por qué la rechazamos y le informaremos sobre las opciones de resolución de disputas que pueda tener.

- 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 daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si usted presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente recibirá una "queja rápida."** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las siguientes 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

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

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. 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. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "**Período de inscripción abierta anual**"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días

consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.

- Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- – *o* – Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre como finalizar su membresía puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros.**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en el plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros. • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en el plan CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o *pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante sesenta días.

  - Debemos notificarle por escrito que tiene sesenta días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos 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, debemos explicarle cómo puede presentar una queja por nuestra decisión de darle de baja.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidenc*ia de cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las 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, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

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

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios a 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 regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, es además, por lo general, el área donde usted puede obtener los servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asignación máxima del plan: el reembolso según el plan con respecto al cual calculamos el pago del plan y la obligación financiera del miembro. Sujeto a ajustes por dificultades extremas o circunstancias inusuales, la asignación máxima del plan para los servicios proporcionados por un proveedor participante es la tarifa presentada por el proveedor o la tarifa contratada del proveedor participante, la menor.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado que se solicita para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

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: un programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

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

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

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos recetados 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 recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico 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: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esta es una adición a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido para un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos, se conoce también como el requisito de gasto "directo de bolsillo" del miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación, profesional incluye ayudan 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: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de Cobertura: una decisión en cuanto a si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que usted tiene que pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "**decisiones de cobertura**" en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: 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, una lesión, un dolor grave o un problema médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos 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.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando se le admite formalmente en el hospital para servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $8,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen $5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más del monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen saldos** ni que le cobren de cualquier otra manera más que el monto de costo compartido que su plan dice que usted debe pagar

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En muchos casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que apliquen a medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos suministrarle una lista de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas significa que sigue siendo un miembro de nuestro plan. También puede continuar recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinados folletos de referencia.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitados, ciegos o mayores de 65 años de edad. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) porque tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que se pueden cubrir bajo la Parte D. Podemos o no, ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un 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).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de beneficio del plan: el porcentaje de la asignación máxima del plan que el plan pagará después de que se haya alcanzado el deducible, si lo hay.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan figura en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos especializados y otros expertos en atención médica pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Tarifa por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan médico privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, los hospitales, y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos 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 Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo 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 a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. 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 anual: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte 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.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención de la salud similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado La evaluación debe llevarse a cabo usando el mismo nivel estatal respectivo de la herramienta de evaluación de la atención y administrado por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a MA de personas elegibles que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1).

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO): Un plan de Organización de Proveedor Preferido es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contratos que

han accedido a tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA) Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de casos, los planes Medicare Advantage ofrecen también la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive de servicios y(LTSS) the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo, servicios y apoyo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare): es una póliza de seguro complementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguro para llenar los "*períodos* sin cobertura" en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo trabajan con Origonal 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.

Procedimiento único: un procedimiento dental al que se le asigna un código de procedimiento separado.

Producto biológico: Un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP, en inglés): el médico u otro proveedor con el que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes médicos de Medicare, debe consultar con su proveedor de cuidado primario antes de visitar a ningún 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 de atención médica.

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.

Proveedor no participante: un dentista que no ha establecido un acuerdo con Delta Dental para ser proveedor participante bajo este plan.

Queja: el nombre formal para "realizar una queja" una queja formal". El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, terapia de habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

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

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa contratada del proveedor participante: la tarifa por un procedimiento único cubierto según el contrato que un proveedor participante ha acordado contractualmente aceptar la asignación máxima del plan como pago total por los servicios cubiertos.

Tarifa diaria de costo compartido: tarifa diaria de costo podría aplicar cuando su médico le receta menos del suministro completo de un mes de ciertos medicamentos y usted tiene que pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día.

Tarifa presentada: el monto que el dentista tratante factura y presenta en un reclamo por un procedimiento específico.

Tratamiento en curso: significa cualquier procedimiento dental único, según lo define el Código CDT, que se inició mientras el afiliado era elegible para recibir beneficios, y para el cual se necesitan varias citas para completar el procedimiento, ya sea que el afiliado continúe siendo elegible para recibir beneficios según el plan DentalCare USA o no. Los ejemplos incluyen: dientes que han sido preparados para coronas, conductos radiculares donde se ha establecido una longitud de trabajo, dentaduras postizas totales o parciales para las cuales se ha tomado una impresión.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-844-282-3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés
TTY	711 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 Departamento de Servicios para miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días a la semana. Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes.
FAX	1-210-766-8851
ESCRIBA A	CHRISTUS Health Advantage Atención: Member Services P.O. Box 169001 Irving, TX 75016-9001
SITIO WEB	www.christushealthplan.org

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, en inglés) de Texas 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	1-800-252-9240 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora local. Los fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., local time.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud de Texas (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP) P.O. Box 149104 Austin TX 78714-9104
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)*. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (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.*

844.282.3026 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

CHRISTUShealthplan.org

23-486401