Del 1° de enero al 31° de diciembre del 2023

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de beneficios y servicious mèdicos del Programa Medicare como asegurado de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con RX

1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus servicios y beneficios médicos y su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare como miembro del Plan Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica

Este documento le da información de su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los días feriados) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.

Presbyterian Insurance Company, Inc. ofrece este plan, Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice "nosotros" o "nuestro", hace referencia a Presbyterian Insurance Company, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia al plan Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica).

Presbyterian MediCare PPO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción a Presbyterian MediCare PPO depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible gratis en español. El servicio al cliente tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés. Esta información está disponible en otros formatos. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para miembros.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Les avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para entender:

- Su prima y costos compartidos del plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda, y
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura para 2023

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: *Teléfonos y recursos importantes* 20

SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el servicio al cliente) 21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 25
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Centennial Care (Medicaid) 28
SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica 30
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 32
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador? 32

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para sus servicios médicos* 33

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan 34
SECCIÓN 2 Cómo usar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica 35
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención, o durante un desastre 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios? 44

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? ... 44
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud" ... 46
SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero ... 47

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* ... 50

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos ... 51
SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar ... 53
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ... 112

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D* ... 123

SECCIÓN 1 Introducción ... 124
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo ... 124
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 129
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ... 131
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto? ... 133
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? ... 136
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 138
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta ... 139
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 140
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos ... 142

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D* ... 145

SECCIÓN 1 Introducción ... 146
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que está cuando obtiene el medicamento ... 149
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está ... 149
SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, paga el costo total de sus medicamentos ... 151

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte 151
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura 157
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos 157
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 157

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 160

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos 161
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió 164
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 165

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 166

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 167
SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades 174

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 176

SECCIÓN 1 Introducción 177
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 178
SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 178
SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 179
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 182
SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 191
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 202
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto 210
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores 217
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones 220

CAPÍTULO 10: *Cómo cancelar su membresía en el plan*..... 224

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan..... 225
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 225
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?..... 228
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan 229
SECCIÓN 5 Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 229

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 231

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable..... 232
SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación..... 232
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare..... 232

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 233

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, que es un PPO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y sus medicamentos con receta médica de Medicare mediante nuestro plan, Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica. Estamos obligados a 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 son diferentes a los de Medicare Original.

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica es un Plan de Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (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 se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a los servicios y la atención médica y a los medicamentos con receta médica que están disponibles para usted como miembro del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica.

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar cada año el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- *y* -- vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 de abajo describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran como viviendo en el área geográfica de servicio aun si están físicamente.
- -- *y* -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos estados: Nuevo México.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan Comuníquese con Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

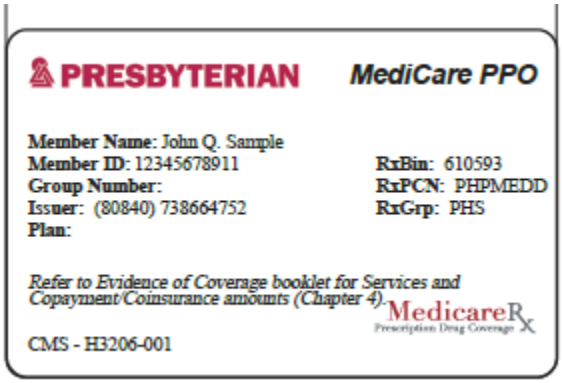
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

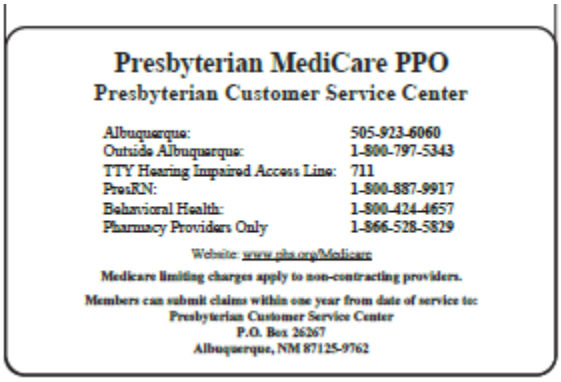
El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:





NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores de nuestra red, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores* para buscar la farmacia de la red que quiere usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener atención médica y servicios. Si se va a otro lugar sin la autorización apropiada, tendrá que pagarlo todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (eso es, cuando no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Presbyterian MediCare PPO Plan 2 autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede obtener una copia de Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare o descargarla de este sitio web. Servicios para miembros y el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos con receta médica de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica. Los medicamentos en esta lista son 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 del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y reciente sobre los medicamentos cubiertos puede visitar el sitio web del plan (www.phs.org/Medicare) o llamar a servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre este programa. Si usted califica, al inscribirse en el programa puede disminuir su prima mensual del plan.

Si ya *está inscrito* y obtiene ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique a usted.** Le enviamos un documento separado llamado "Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica" (también conocido como "Anexo de Subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le indica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y pregunte por el "Anexo LIS" (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos).

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas que tienen diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2023*, en la sección llamada "Costos de Medicare 2023". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov).). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para el 2023, su prima mensual del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica es de $186.00.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Prima de beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", entonces usted paga una prima adicional mensual por esos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información.

El Plan dental completo es complemento del Plan dental básico en el que usted estará inscrito automáticamente. Si desea estos beneficios dentales suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional de $19 al mes.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. Una "cobertura válida de medicamentos con receta médica" es una cobertura que cumpla con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Al inscribirse por primera vez en el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, le informaremos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, puede perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Usted ha tenido cobertura válida de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura aceptable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
    - **Nota:** Cualquier aviso debe decir que tenía cobertura "válida" de medicamentos con receta que se esperaba que pagara tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos con receta médica: tarjetas de descuento de medicamentos con receta médica, clínicas gratuitas y sitios web de descuento por medicamentos.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contratará el número de meses completos que usted no tenía 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 de 14%.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima promedio mensual de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $32.74, lo que equivale a $4.58. Esto se redondea a $4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tomar en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa podría cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará con el pago de una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.

- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su periodo inicial de inscripción por envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un término de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió, en la cual se indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse al plan, podría no tener otra posibilidad de pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre dicha multa. Si lo hace, podría ser dado de baja del plan por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.5 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo más, que se conoce como la Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace dos años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Administración de Personal, no importa lo que se suele pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No puede ser pagada con su prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se le cancelará la inscripción del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más sobre cómo hacerlo, 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 Hay varias maneras de pagar su prima del plan

Existen cinco (5) maneras con las que puede pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Si quiere pagar con cheque o giro postal, recibirá una factura para el pago de la prima de su plan. Recibirá una factura el mes anterior al siguiente mes de cobertura. Por ejemplo, recibirá una factura en enero por la prima de febrero. Debemos recibir su pago en o antes del último día del mes anterior al siguiente mes de cobertura. Incluya el cupón de su estado de cuenta mensual para garantizar que su pago se envíe con rapidez y precisión. Nuestro plan no acepta cheques con fecha posterior. Si no incluye el cupón de su estado de cuenta mensual, escriba su número de identificación de miembro de Presbyterian MediCare PPO en su cheque personal o giro postal.

Si el pago es para dos miembros, escriba ambos números de identificación de miembro de Presbyterian MediCare PPO en el cheque o giro postal, y la cantidad prevista para cada miembro para evitar demoras en el procesamiento. Si alguien más está pagando la prima del plan por usted, asegúrese de que su nombre y número de identificación de miembro estén escritos en su cheque.

Su pago debe ser pagadero a Presbyterian Insurance Company, Inc. y enviado por correo a:

Presbyterian Insurance Company, Inc.
P.O. Box 911600
Denver, CO 80291-1600

Si paga con cheque y se le devuelve por fondos insuficientes, le enviaremos una carta al comienzo del mes siguiente indicando el vencimiento de la prima del plan.

- Esta cara le notificará que le quedan 60 días para hacer el pago. En caso de que no recibamos el pago por el cheque de fondos insuficientes después del primer aviso, recibirá un segundo aviso.
- El segundo aviso le notificará que le quedan 30 días para hacer el pago total o su cobertura será cancelada. Si no ha pagado al final del período de gracia de 60 días, recibirá una notificación informándole que se ha cancelado su membresía por falta de pago de la prima de su plan.

No envíe dinero en efectivo por correo.

Si prefiere, también puede traer un cheque, una orden de pago o el pago en efectivo a nuestras oficinas, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Presbyterian Health Plan mantiene el

personal mínimo en sus oficinas hasta próximo aviso. Antes de presentarse, llame para confirmar el horario de atención. Nuestra dirección es:

Presbyterian Rev. Hugh Cooper Administrative Center
9521 San Mateo Blvd. NE
Albuquerque, NM 87113

Llame a servicio al cliente si extravió su factura.

Opción 2: Puede pedir que la prima de su plan se retire automáticamente de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito

Si selecciona el pago automático de la prima del plan, la prima mensual del plan se paga automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros o se carga directamente a su tarjeta de crédito o débito. Este método de pago es seguro y conveniente, y no tiene ningún costo adicional. Al usar el plan de pago automático, puede tener la certeza de que su pago nunca se retrasará y que se pagará incluso cuando no esté en su casa. La transacción aparecerá en el estado de cuenta mensual de su banco o tarjeta de crédito, lo que servirá como su registro permanente de pago.

- El dinero se retira de su cuenta corriente o de ahorros, o se carga directamente a su tarjeta de crédito o débito automáticamente el día 25 del mes de cobertura (por ejemplo, la prima del plan de enero se retira el día 25 de enero).

Para elegir la Opción 2, o para cambiar la información de la cuenta o de la tarjeta de crédito, llame a Servicios para miembros. Servicios para miembros puede tramitar una transferencia automática mediante la llamada telefónica o se puede enviar por correo un “Formulario de opción de prima” si lo pide.

Opción 3: Puede hacer un pago único con tarjeta de crédito por teléfono o en línea

También puede pagar la prima de su plan con tarjeta de crédito por teléfono o en línea con su tarjeta Visa, MasterCard o Discover. Póngase en contacto con Servicios para miembros para hacer un pago único con tarjeta de crédito por teléfono. No es necesario que hable con un representante de Servicios para miembros para usar esta opción. Al llamar, escuche el mensaje, presione 1 (hacer un pago de la prima) y siga las instrucciones.

Nota: Usar esta opción no establece pagos recurrentes. Si quiere configurar los pagos automáticos, consulte la Opción 2 de arriba. Para hacer un pago único en línea, visite www.phs.org y seleccione “Pay My Bill” (Pagar mi factura).

Opción 4: Establecer los pagos de facturas por Internet desde su banco

Muchos bancos o instituciones financieras dan a los titulares de cuentas la opción de pagar sus facturas mediante su cuenta en línea. Si decide pagar la prima de su plan mediante el pago de

facturas mediante el portal en línea de su cuenta bancaria, asegúrese de incluir la siguiente dirección de Presbyterian Insurance Company:

Presbyterian Insurance Company, Inc.
P.O. Box 911600
Denver, CO 80291-1600

Nota: Escriba su número de identificación de suscriptor cuando el formulario en línea de su banco le pida un número de cuenta asociado con su factura.

Opción 5: Que se deduzca su prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la manera como paga la prima. Si decide cambiar la manera de pagar su prima, puede tomar hasta tres meses para que se implemente el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago llame a servicio al cliente.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

La prima de su plan se debe recibir en nuestras oficinas en o antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía del plan se cancelará si no recibimos el pago en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta. Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta médica.

Si tiene dificultades para pagar su prima oportunamente, comuníquese con Servicio al Cliente para ver si podemos remitirlo a algún programa que lo ayudará con sus costos.

Si terminamos su membresía porque usted no pagó su prima, usted tendrá cobertura médica bajo Medicare Original. Además, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período anual de inscripción. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “acreditable” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.)

En la fecha de terminación de su membresía, tal vez usted aún nos deba por las primas que no pagó. Tenemos el derecho de iniciar procedimientos para el cobro de la cantidad que nos debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan ofrecido por nosotros) deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que terminamos injustamente su membresía, puede presentar una queja (también llamada queja formal); vea en el Capítulo 7 cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar su prima del plan en nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos de nuevo nuestra

decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le dice cómo presentar una queja o puede llamar a Servicio al Cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted adquiere elegibilidad para el programa "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda Adicional" a lo largo del año: Si un miembro califica para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus costos de medicamentos con receta médica, el programa "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año, deberá empezar a pagar su prima mensual completa. Usted puede encontrar más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. El mismo muestra su cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos

- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga)

Si alguna información cambia, comuníquenoslo llamando a Servicio al Cliente.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se incluye en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el "pagador primario" y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el "pagador secundario", solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas

empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):

Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.

Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:
Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el servicio al cliente)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al servicio de atención al cliente del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica. Será un gusto ayudarle.

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
LLAME AL	(505) 923-6060 o 1-800-797-5343; las llamadas a este número son gratis. Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los días feriados) del **1 de octubre al 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del **1 de abril al 30 de septiembre**. Después de horas de trabajo, un servicio de mensajería de voz automatizado está disponible. Si deja un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó. Un representante de Servicios para miembros volverá a llamarle a más tardar un día hábil después de que deje su mensaje. Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los días feriados) del **1 de octubre al 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del **1 de abril al 30 de septiembre**.
FAX	(505) 923-5124

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
ESCRIBA A	**Preguntas generales e información de pago:** Presbyterian MediCare PPO P.O. Box 26267 Albuquerque, NM 87125-6267 **Apelaciones, quejas formales y quejas:** Presbyterian MediCare PPO Attn: Appeals and Grievances Department P.O. Box 26267 Albuquerque, NM 87125-6267 Correo electrónico: gappeals@phs.org Indique su **nombre y apellido, fecha de nacimiento,** una **dirección** y **números de teléfono de contacto** y la información de su consulta. Los miembros de Presbyterian también deben incluir su número de identificación de miembro, si está disponible.
SITIO WEB	www.phs.org/Medicare Puede hacer una consulta a Servicios para miembros mediante el enlace **Contact Us** (Contáctenos) en nuestro sitio web.

Comuníquese con servicio al cliente cuando pida una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Comuníquese con Servicio al Cliente cuando presente una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Puede presentar una queja respecto del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Envíe a Servicios para miembros una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que haya recibido

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que no debería pagar, debe pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Vea el Capítulo 7. (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

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

Método	Medicare - Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare):** Da información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare):** Da información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas dan una *estimación* de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja respecto del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarle con acceso a una para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán 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 en seguros médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP es conocido como "Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México".

Servicios de largo plazo para adultos mayores en Nuevo México es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratis sobre el seguro médico local a las personas con Medicare.

Los consejeros de servicios de largo plazo para adultos mayores de Nuevo México pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas de su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de servicios de largo plazo para adultos mayores de Nuevo México también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiarse de planes.

Método para acceder a SHIP y Otros recursos:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en "**Hablar con alguien**" que está a la mitad de la página de inicio
- Ahora tiene las siguientes opciones
    - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
    - Opción 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México - Información de contacto
LLAME AL	1-800-432-2080; las llamadas a este número son gratis.
TTY	(505) 476-4937; las llamadas a este número **no** son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nuevo México, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Póngase en contacto con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Nuevo México)
LLAME AL	1-888-315-0636; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
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 encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales de 65 años de edad o mayores, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

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

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Centennial Care (Medicaid)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos "programas de ahorros de Medicare" son:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coaseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Obtendrá la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las cantidades de las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de las Partes A y B. No pagará nada, excepto los copagos de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

- **Beneficiario de Medicare plus especificado con bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y da todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En algunos casos, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de su agencia estatal de Medicaid en el pago de sus cantidades de costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Es posible que haya casos en los que debe pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Doblemente elegible para beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede dar asistencia limitada con el costo compartido de Medicare. Medicaid también da todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En algunos casos, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la Oficina Estatal de Medicaid en el pago de sus cantidades de costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Es posible que haya casos en los que tenga que pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Para obtener más información sobre Centennial Care y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.

Método	División de asistencia médica del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Programa Centennial Care/Medicaid) - Información de contacto
LLAME AL	1-800-283-4465; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Human Services Department Medical Assistance Division (Centennial Care/Medicaid) P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.hsd.state.nm.us

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

En el sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia, descritos abajo.

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare da "Ayuda adicional" a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta médica. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos con receta médica de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir la "Ayuda adicional" de Medicare, le enviaremos por correo una carta. Usted no tendrá que solicitarla. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta, primas y costos. Para verificar si califica para obtener "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que usted calificó para obtener "Ayuda adicional" y que está pagando una cantidad de costos compartidos incorrecta cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o entregarnos la evidencia si ya la tiene.

- Presbyterian MediCare PPO está listo para ayudarle. Llame al servicio de atención al cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) en el plazo de 10 días después de pagar el copago o el coseguro que crea que es incorrecto. Es posible que le pidamos que nos dé una prueba de su elegibilidad para recibir ayuda adicional y el recibo de la farmacia. El servicio de atención al cliente trabajará con usted, Medicare y la farmacia para determinar si ha pagado un copago o un coseguro incorrecto.

- Nuestro plan también asiste a los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos mediante MyAdvocate™, un servicio ofrecido en nombre de Presbyterian. Nuestros miembros pueden recibir ayuda para determinar si califican para recibir asistencia financiera mediante programas como "Ayuda adicional" y el Programa de ahorros de Medicare. Esta asistencia personal y confidencial está disponible gratis para nuestros miembros. Llame al 1-866-851-0324 (los usuarios TTY deben llamar al 1-855-368-9643) para saber si es elegible para recibir "Ayuda adicional".
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con servicio al cliente.

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia para los medicamentos del SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo que define el estado y de su situación como persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo la asistencia. Para obtener información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México:

Para obtener información de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 827-2435.

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

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas relacionadas con sus 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", puede hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si presiona "1", tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge). 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 dentro de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta médica mediante su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

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

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para dar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan de salud de Medicare, Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Reciba su atención médica de un proveedor que sea elegible para prestar servicios conforme a Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, usted puede recibir su cuidado de un proveedore de la red (para más información sobre esto, vea la sección 2 de este capítulo).

Los proveedores de nuestra red están listados en el *Directorio de proveedores*.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo por sus servicios cubiertos puede ser más alta.

Tenga en cuenta: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en caso de cuidados de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si usted va a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que recibe. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que dé y supervise su atención médica

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es su principal proveedor de atención médica en situaciones que no son de emergencia. Como miembro, puede elegir a cualquier proveedor de la red disponible para que sea su PCP. Elegir un PCP es opcional y no es un requisito para este plan. Como se explica abajo, usted recibirá su atención básica y de rutina de su PCP, y él o ella es la primera persona a la que debe llamar cuando necesite atención médica, excepto en una situación de emergencia o de atención urgente.

¿Qué tipos de proveedores pueden ser un PCP?

Su PCP es un médico, enfermero practicante u otro profesional médico que cumple determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para dar atención médica básica.

¿Cuál es la función del PCP?

La función de su PCP es:

- Dar atención preventiva y enseñar opciones de estilo de vida saludable
- Identificar y tratar condiciones médicas frecuentes
- Evaluar la urgencia de sus problemas médicos y remitirlo al mejor lugar para recibir atención médica
- Ayudarlo a encontrar un especialista médico cuando lo necesite

Ya que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe encargarse de que le envíen todo su expediente médico anterior al consultorio de su PCP.

Ciertos servicios requieren autorización previa. Su PCP coordinará el acceso a los servicios que determine necesarios para usted. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que necesitan autorización previa o comuníquese con servicio al cliente.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar un PCP cuando se inscriba en nuestro plan. Puede seleccionar un PCP de cualquiera de nuestros proveedores del plan disponibles. Si hay un especialista u hospital en particular que quiera usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP coordina la atención con ese especialista u hospital.

Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener su PCP cerca hace que el recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil.

En el Directorio de Proveedores de nuestro plan tiene una lista completa de los proveedores de la red. Si necesita ayuda para elegir o cambiar a su PCP, comuníquese con servicio al cliente.

Si no puede encontrar a su proveedor actual en este directorio y quiere confirmar que está en nuestro plan, comuníquese con servicio al cliente.

Si va a elegir un PCP nuevo y quiere saber si acepta nuevos pacientes, comuníquese con servicio al cliente.

También puede enviar un correo electrónico a Servicios para miembros a info@phs.org. Nuestra lista de proveedores puede cambiar ocasionalmente y nuestros representantes le darán la información más actualizada que esté disponible. También puede visitar nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.

Si elige un PCP que no ha visto antes, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Llame al consultorio de su PCP lo antes posible y dígale al personal que es un nuevo miembro de nuestro plan.
- Pida una cita para ver a su PCP para que lo conozca y comience a atender sus necesidades médicas. No es necesario que espere hasta estar enfermo para hacer esta cita. Debe conocer a su nuevo PCP lo antes posible.
- Asegúrese de pedir a su médico anterior que le envíe su expediente médico a su nuevo PCP.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, es posible que su PCP salga de la red de proveedores de nuestro plan y que tenga que encontrar otro PCP dentro del plan. Para cambiar su PCP comuníquese con servicio al cliente.

Puede hacer su solicitud por escrito, por teléfono, enviando un correo electrónico a info@phs.org o iniciando sesión en su cuenta de myPRES en www.phs.org/Medicare. Los cambios de PCP entran en vigor el siguiente día hábil después de su solicitud. Servicios para miembros lo comprobará para asegurarse de que su PCP seleccionado de la red esté aceptando nuevos pacientes. Ellos cambiarán su registro de membresía para que aparezca el nombre de su nuevo PCP de la red.

Nos proponemos hacer que su transición a un nuevo PCP sea tan sencilla como sea posible, sin interrumpir su atención. Siempre que tenga una necesidad médica urgente o emergente, lo animamos a que busque atención en un centro de atención de urgencia o de emergencia apropiado.

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

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye examen de mamas, mamografías de evaluación (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por

ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no está en la red del plan, su costo compartido no puede exceder del 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 los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que no está en la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
- Para ser atendido después de las horas hábiles de oficina, llame al 911 si tiene una emergencia o, si necesita consejo médico, llame a PresRN al 1-800-887-9917

El servicio de atención al cliente está aquí para responder sus preguntas. Los miembros de Presbyterian MediCare PPO pueden comunicarse al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si decida usar un PCP, además de darle gran parte de la atención que recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Es posible que su PCP lo remita a un especialista, pero puede ir a cualquier especialista de nuestra red sin tener que ser remitido.

Consulte su *Directorio de proveedores* o visite nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

Proceso de autorización previa (PA)

Para algunos casos, es posible que su proveedor necesite obtener la aprobación previa de nuestro Departamento de Autorización Previa para determinados tipos de servicios o pruebas que recibe dentro de la red (esto se llama obtener una "autorización previa"). Su PCP u otro proveedor es responsable de obtener la autorización previa. Los servicios y los artículos que requieren autorización previa están listados en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

En un PPO, usted no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y para entender su responsabilidad de costo compartido.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una antelación mínima de 30 días que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo para elegir a un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con gastos compartidos dentro de la red. Para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y para asegurarse de que se apliquen los gastos compartidos apropiados, debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a QIO, una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas. Vea el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores en la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos podría ser mayor.** Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores de la red:

- Puede ser atendido por un proveedor de la red, sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en caso de cuidados de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe cuidado de un proveedor que no es elegible para participar en Mediare, usted será responsable por el costo total de los servicios que recibe. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No es necesario obtener una referencia u autorización previa cuando recibe cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que obtenga estén cubiertos y sean médicamente necesario. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre pedir decisión de cobertura.) Esto es importante porque:
    - Sin una decisión de cobertura de visita previa, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted sería responsable por el costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para aprender cómo hacer una apelación.
- Es mejor preguntar a un proveedor fuera de la red que primero facturar al plan. Pero si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le manda una facture que usted cree debemos pagar, nos la puede enviar para el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita pedir un reembolso.
- Si usted está utilizando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios necesarios de urgencia o diálisis fuera de la zona, es posible que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Vea la Sección 3 para más información sobre estas situaciones.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o derivación previa de su PCP. No es necesario que usted vaya con un médico dentro de la red. Nuestro plan cubre la atención de emergencia en todo el mundo. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener más información sobre la cobertura de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre la atención médica de emergencia cubierta, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Póngase en contacto con Servicios para miembros al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711).

¿Qué está cubierto si tuene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Dichos médicos decidirán cuando su condición ya sea estable y cuando la emergencia médica haya terminado.

Después de que la emergencia ya no existe, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta

que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si usted recibe su seguimiento de cuidado de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo más alto del costo-compartido de red.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por una emergencia médica – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, la cantidad de costo compartido que paga dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si usted recibe el cuidado de proveedores de la red, su parte de los costos por lo general será más bajo que si usted recibe el cuidado de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente por los servicios

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Un servicio necesario de urgencia es una situación que necesita atención médica inmediata no es de emergencia, pero que no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor dentro de la red dadas las circunstancias. El plan debe cubrir servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios de urgencia son i) dolor de garganta intenso en el fin de semana, o ii) un episodio imprevisto de una condición conocida cuando usted está fuera del área de servicio temporalmente.

Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente, le permitiremos obtener servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red por la cantidad más baja de costo compartido dentro de la red.

Sabemos que en ocasiones resulta difícil saber qué tipo de atención necesita. Miembros de planes de Presbyterian tienen acceso a PresRN, una línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. No se cobra por llamar a nuestros enfermeros registrados (Registered Nurses, RN) con experiencia para obtener respuestas a sus preguntas y preocupaciones de salud. Siempre que tenga una emergencia médica, llame al 911.

PresRN es una forma sencilla de hablar con un enfermero de Presbyterian si no se siente bien y no sabe qué hacer. Tan solo llame al (505) 923-5573 o al 1-800-887-9917 y uno de nuestros

enfermeros calificados escuchará sus preocupaciones médicas y le dará las respuestas que necesita para cuidar de usted y de su familia. Nuestros enfermeros de Presbyterian contestarán con gusto las preguntas médicas generales cuando también esté sano. Nuestros enfermeros evalúan sus síntomas con protocolos reconocidos a nivel nacional. Ya sea que su situación requiera que vaya a la sala de emergencias o que se cuide a sí mismo en casa, sabrá qué hacer. Nuestros enfermeros le guiarán a la opción de atención más apropiada, que incluye:

- Consejos de enfermería o de un médico (durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Una consulta programada al médico por teléfono (también le ayuda a usar las Consultas por video)
- Una consulta de atención de urgencia (se aplica el copago por atención de urgencia)
- Una consulta de emergencia (se aplica el copago de emergencia)

Como parte de su equipo de atención médica de Presbyterian, le informamos a su médico, coordinador de atención médica y entrenador médico sobre su preocupación médica para que reciba atención médica y seguimiento continuos. Pero, sobre todo, estamos aquí cuando necesita respuestas.

En caso de que ocurra una situación de urgencia, debe ir directamente al centro de atención de urgencia más cercano para ser tratado. Cubriremos el servicio en función de su beneficio. Debe ponerse en contacto con su PCP después de cualquier consulta de atención de urgencia.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo si lo atienden fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.phs.org/Medicare para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con gastos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante el desastre, puede surtir sus medicamentos con receta médica en una farmacia que fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información adicional.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos

Si ha pagado más que su parte de gastos compartidos por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios según se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del plan en el Capítulo 4 de este documento. Si recibió servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que paga después de haber alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 (llamado también un “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos *y* además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos avisarnos con antelación cuando elije participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los suministros y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

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

Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el gasto compartido en Medicare Original y su gasto compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que compruebe cuánto pagó de sus gastos compartidos. Vea el Capítulo 7 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y usted el copago de $20 necesario según Medicare Original. Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es $10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
- Productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se hagan tomografías computarizadas mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica". (La publicación se encuentra 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

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

Una institución religiosa para la atención no médica es un centro que da atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es "no obligatorio".

- Atención médica o tratamiento médico que "no es obligatorio" es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico "obligatorio" es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa para la atención no médica, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que dé el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le da servicios en un centro, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - *– y –* debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan al centro o su estadía no estará cubierta.

Para obtener más información sobre las limitaciones de nuestro plan, los costos compartidos y los beneficios, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Hospitalización para conocer las limitaciones de la cobertura.

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta, usted generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME según Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Para obtener más información llame a Servicio al Cliente.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que ha hecho si cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiar a Medicare Original para tener la posesión del artículo. Los pagos hechos mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos en nuestro plan antes de que pueda ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en el plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse otra vez en Medicare Original para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para obtener cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta o médicamente ya no necesita el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si se retira del plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de hacer el copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de cinco años empieza de nuevo, aun si usted continúa con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que menciona los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (El Tabla de beneficios en la Sección 2 le da más información acerca de los copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información sobre su coaseguro).

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Bajo nuestro plan, hay dos límites diferentes en lo que usted tiene que pagar directamente por servicios médicos cubiertos:

- Su **cantidad máxima de bolsillo dentro de la red** es $6,700. Esta es la cantidad que usted tiene que pagar durante el año calendario para los servicios cubiertos recibidos con proveedores de la red. Las cantidades que paga por copagos y coseguros para los servicios cubiertos de los proveedores de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de bolsillo dentro de la red. (Las cantidades que paga por las primas del plan, los medicamentos con receta médica de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de bolsillo dentro de la red). Si ha pagado $6,700 por servicios cubiertos de proveedores de la red, no tendrá ningún costo de bolsillo por el resto del año cuando vea a nuestros proveedores de la red. No obstante,

debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

- Su **cantidad máxima combinada de bolsillo** es de $10,000. Este es la cantidad máxima que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos recibidos de los proveedores dentro de la red y los proveedores fuera de la red. Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima combinada de bolsillo. (Las cantidades que paga por las primas del plan y por sus medicamentos con receta médica de la Parte D no se tienen en cuenta para su cantidad máxima combinada de bolsillo.) Si pagó $10,000 por servicios cubiertos, tendrá el 100% de cobertura y no tendrá ningún costo de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, una protección importante que tiene es que solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red. Usted por lo general tendrá copagos más alto cuando usted obtiene cuidado de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el monto de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le “facturó por saldos”, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica y lo que usted paga de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se explica en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación por anticipado (a veces, llamada "autorización previa") de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica.
    - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación antes para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en negrita con **"Se necesita autorización"**, **"Se pueden aplicar normas de autorización"** o **"La autorización antes del servicio es obligatoria"** en la Tabla de beneficios médicos.
    - Usted nunca necesita aprobación previa por servicios o proveedores fuera de la red.
- Mientras que usted no necesita un aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos para que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Para los beneficios donde su costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que paga depende de qué tipo de proveedore recibe el servicio:
- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes.
- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite 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 ningún costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se le aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios. **El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.**

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado, o especialista en enfermería clínica.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas en estas circunstancias. Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como: • Que dura 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones, y • no está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones más para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden dar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o tiene una recaída. Requisitos del proveedor: Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen: • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acceder a en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia.	**Dentro de la red:** Paga $20 de copago por consulta **Fuera de la red:** Paga $60 de copago por consulta

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que aplica acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27. Los servicios cubiertos incluyen: • Consultas de rutina, hasta 25 consultas por año	**Dentro de la red:** Paga $20 de copago por consulta **Fuera de la red:** Paga $60 de copago por consulta
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos 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 para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. • Además, cubrimos los servicios de una ambulancia con licencia sin autorización previa (incluido el transporte mediante el sistema de respuesta de emergencia 911, cuando sea posible) al centro apropiado más cercano si cree que tiene una condición médica de emergencia y que su condición requiere el soporte clínico de los servicios de transporte de ambulancia. • Un copago por día por viaje cuando se hace más de un viaje en un solo día. • El copago no se exonera si es admitido. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte están contraindicados y dicho transporte en ambulancia es médicamente requerido.	**Se necesita autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.** **Dentro y fuera de la red:** $250 de copago por un viaje solo de ida Sin cargo, si es transferido de un centro a otro durante una hospitalización. Es posible que sea responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no sean médicamente necesarios.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Visita de bienestar anual Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Medición de masa ósea Para las personas que cumplan con 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 la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca. • Máximo de 36 sesiones por año calendario con la opción de 36 sesiones adicionales según la necesidad médica.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago por consulta.
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coaseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación de la columna para corregir una subluxación • Consultas de rutina, hasta 25 consultas por año	**Dentro de la red:** Paga $20 de copago **Fuera de la red:** Paga $60 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Evaluación para la detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para detección como una alternativa) cada 24 meses Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia preventiva	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Nosotros cubrimos:	
• Servicios médicamente necesarios de un dentista o un cirujano oral para cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de radiación de enfermedades neoplásicas, o servicios que estarían cubiertos cuando los da un proveedor médico.	**Dentro de la red:** Paga $50 de copago **Fuera de la red:** Paga $60 de copago
Dental básico: • Evaluación bucal periódica, exámenes bucales amplios y reevaluación limitada enfocada en un problema: dos cada 12 meses. • Exámenes bucales limitados: tres cada 12 meses. • Examen bucal completo y evaluación periodontal completa: uno cada 36 meses por proveedor o lugar. • Tratamiento paliativo. • Profilaxis, con aumento en presencia de inflamación gingival generalizada, moderada o grave, boca completa: dos cada 12 meses. • Procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa): cuatro cada 12 meses. • Aplicación tópica de barniz de flúor, flúor tópico: dos cada 12 meses. • Radiografía de mordida (una, dos, tres, cuatro imágenes) o imágenes radiográficas de mordida de tomosíntesis intraoral: 1 cada 12 meses. • Serie intraoral completa, radiografía de mordida vertical, imagen radiográfica panorámica o imágenes radiográficas de serie completa de tomosíntesis intraoral: una cada 36 meses. • Imagen intraoral periapical o imágenes radiográficas periapicales o de tomosíntesis intraoral: una cada 12 meses. • Imagen radiográfica intrabucal oclusal: dos cada 24 meses.	**Dentro de la red:** Paga $0 de copago por todos los servicios. **Fuera de la red:** Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Dental básico: (continuación) Para obtener más información sobre los beneficios del Plan dental completo, consulte la Sección 2.2. (Otros beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar).	
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios y suministros y capacitación del autocontrol de la diabetes	
Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que usan insulina como los que no). Los servicios cubiertos incluyen:	**Dentro de la red:** Sin cargo
• Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa* para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores o Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas	**Fuera de la red:** Paga el 25% de coseguro
o Las tiras reactivas y las lancetas se limitan a una cantidad máxima de 100 por 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y 200 por 30 días para los miembros con dependencia de insulina	La cobertura se limita a los productos de la marca Accu-Chek
• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	**Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Paga el 25% de coseguro
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajos ciertas condiciones.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga el 25% de coseguro
* Los monitores continuos de glucosa en la sangre (CGM) y los suministros están cubiertos en los servicios de Equipo médico duradero (DME). Consulte la sección de DME para obtener información del coseguro de los productos CGM	**Se aplican reglas de autorización para los productos de monitoreo continuo de glucosa en sangre.**

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para la definición de "equipo médico duradero", vea el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor del DME en su área no usa una marca o un fabricante específico, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. Para obtener la lista más reciente de proveedores del DME disponibles en nuestro directorio de proveedores, póngase en contacto con Servicios para miembros. Generalmente, el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con medicamentos con receta cubre cualquier DME cubierto por Medicare original de las marcas y los fabricantes que se incluyen en la lista. No cubrimos otras marcas o fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con medicamentos con receta y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca hasta por 90 días. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después del período de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, usted le puede pedir que lo remita para una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede 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 el adecuado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, vea el Capítulo 9 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).	**Se pueden aplicar normas de autorización.** **Dentro de la red:** Sin cargo para los suministros de ostomía **Fuera de la red:** Paga un 25% de coseguro para los suministros de ostomía **Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Paga el 25% de coseguro **Dentro de la red:** Su costo compartido por la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es el 20% de coseguro cada mes. **Fuera de la red:** Su cobertura de Medicare para equipo de oxígeno es un *25% de coseguro cada mes*. Los costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son dados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido por servicios de emergencia necesarios dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red. Tiene cobertura en todo el mundo para emergencias. • Si lo admiten en un hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar su copago de atención de emergencia. • El transporte aéreo y terrestre de emergencia está cubierto hasta el centro apropiado más cercano. • Es posible que tenga que presentar un reclamo de reembolso a menos que el proveedor acepte facturarnos.	**Dentro y fuera de la red:** Paga $95 de copago por visita al departamento de emergencias Este copago no aplica si lo admiten en el hospital en el transcurso de 24 horas por la misma condición. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía será cubierta pero usted pagará el monto de costo compartido por la parte de su estadía después de ser estabilizado.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Pruebas genéticas y asesoramiento	**Se necesita autorización antes del servicio únicamente para los servicios dentro de la red.**
• Asesoramiento genético por parte de un profesional con licencia apropiada (en apoyo de pruebas genéticas anticipadas o para discutir los resultados de las pruebas genéticas)	**Dentro de la red:** Visitas en el consultorio del PCP: Paga $15 de copago Visitas a especialistas: Paga $50 de copago **Fuera de la red:** Visitas en el consultorio del PCP: Paga $35 de copago Visitas a especialistas: Paga $60 de copago
• Las pruebas genéticas están cubiertas conforme a lo determinado por la legislación reguladora y los criterios de necesidad médica basados en directrices clínicas y organizaciones profesionales revisados por pares	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Programas de educación médica y para el bienestar Le damos cobertura para diversos programas de asesoramiento sobre educación médica que le ayudarán a asumir una función activa en la protección y la mejora de su salud, incluidos los programas para condiciones médicas crónicas. Estos son programas orientados a condiciones médicas como: • Asma • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva • Enfermedad arterial coronaria • Diabetes • Hipertensión • Nutrición • Obesidad • Manejo del estrés • Dejar de fumar Para obtener más información sobre nuestra orientación para la formación de la salud, clases, programas y material, comuníquese con Servicio al Cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 (TTY 711).	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguros, copagos, ni deducibles por programas de educación médica y para el bienestar. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Membresías del Gimnasio Healthways SilverSneakers® **Membresía de SilverSneakers®** SilverSneakers puede ayudarlo a vivir más saludable, a tener una vida más activa por medio de la condición física y las relaciones sociales. Usted está cubierto con un beneficio de condición física de SilverSneakers en los centros participantes[1]. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios en grupo diseñadas específicamente en los centros participantes de todo el país[1]. Puede tomar clases[2] y usar equipo de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales mediante SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita es su número de identificación personal de SilverSneakers®. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este. **Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios.** 1. Los centros participantes (“PL”) no son propiedad ni son administrados por Tivity Health, Inc. ni por sus afiliados. El uso de las instalaciones y servicios de los centros participantes se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Los centros y los servicios varían según el PL. 2. La membresía incluye clases de condición física en grupo dirigidas por un instructor SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros otras clases. Las clases varían según el centro. SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers Go son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las da un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • Un (1) examen de audición de rutina cada año • El gasto compartido correspondiente se aplicará para cualquier otro examen.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $60 de copago
Audífonos Hasta dos aparatos auditivos TruHearing cada año (un dispositivo por año, por oído). TruHearing's Advanced y aparatos auditivos Premium vienen en varios estilos y colores. La opción de baterías recargables está disponible en estilos seleccionados por $50 extra por aparato auditivo. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para aprovechar este beneficio. **La compra de audífonos incluye:** • 1 año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días libre de riesgos • Garantía completa de 3 años del fabricante • 80 baterías gratis por aparato auditivo no recargable	**Dentro de la red:** Paga $699 de copago por aparato auditivo de TruHearing Advanced Paga $999 de copago por aparato auditivo de TruHearing Premium Solo aparatos auditivos TruHearing aprobados

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Audífonos (continuación) **El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:** • Costo extra para aparatos auditivos recargables opcionales • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Otras visitas al proveedor 1 año después de la compra • Baterías extra o baterías recargables • Aparatos auditivos que no son aprobados por TruHearing • Costos asociados con reclamos por garantía por pérdida o daño Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Los costos de aparatos auditivos no se aplican contra el máximo de gastos de bolsillo.	
Pruebas de detección del VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor.	**Se necesita autorización.** **Dentro y fuera de la red:** Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de una agencia de salud en el hogar (continuación) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos Presbyterian Home Health presta los servicios de atención médica en casa. Si la agencia preferida es otra, la agencia debe ser parte de la red de Presbyterian y los servicios necesitan autorización previa del plan médico de Presbyterian.	No hay costos compartidos por equipos y suministros médicos cubiertos por el beneficio médico a domicilio de acuerdo con las directrices de Medicare. No obstante, el costo compartido aplicable listado en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos se aplicará si el artículo está cubierto por un beneficio diferente, por ejemplo, equipo médico duradero y suministros relacionados.
Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros: • Atención de apoyo • Asistente de atención personal • Servicios de atención personal (Personal care services, PCS) Nota: • Un asistente médico a domicilio no puede prestar los servicios por sí mismo, es necesario que un enfermero esté presente • El enfermero y el ayudante se consideran intermitentes. Esto significa que están ahí para dar los servicios necesarios (como cuando el asistente médico a domicilio ayuda con el baño) y no se quedan para ayudar con el cuidado supervisado. • Enfermería especializada significa que usted necesita un enfermero para cosas como el cuidado de heridas, el cuidado de catéteres, los cambios de medicamentos, etc.	Es responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • El servicio de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa	**Puede ser que se requiera la autorización previa.** **Dentro y fuera de la red:** Sin cargo Cualquier gasto compartido que corresponda también podría aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B o la Parte D que reciba durante la cita.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos Es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Debe recibir cuidado de un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que son propiedad, controla o tiene un interés financiero la organización MA. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar Cuando usted ingresa a un hospicio, tiene el derecho de continuar en su plan; si elige continuar en el plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios en un centro de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su diagnóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a sus proveedores de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. Le facturarán por los gastos compartidos de Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Si usted necesita los servicios necesarios no de emergencia, no de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de nuestra red del plan y sigue las reglas del plan (como si hubiera un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si usted obtiene servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, usted paga por el monto de costo compartido del plan por los servicios fuera de la red.	Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.
<u>Para los servicios cubiertos por Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura según la Parte A o B, estén relacionados con su diagnóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. <u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, entonces usted pagará los costos compartidos de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?).*	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) **Nota:** Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D. • Las vacunas del formulario en una farmacia están disponibles para el copago correspondiente de medicamentos con receta médica. • Es posible que algunas vacunas se obtengan mediante una farmacia calificada o en el consultorio de su médico. Ahora, muchas vacunas se consideran vacunas de la Parte D y se aplicarán a su beneficio de farmacia de la Parte D.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, influenza, Hepatitis B y COVID-19. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Se aplican algunas restricciones para las vacunas e incluye, entre otros: • Vacuna contra la gripe de alta dosis	No está cubierto para miembros menores de 65 años.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye a pacientes hospitalizados con condiciones graves, pacientes hospitalizados en rehabilitación, atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados empieza el día en que lo hospitalizan formalmente con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica da servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y decide obtener trasplantes en este lugar distante, nosotros organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.	**Únicamente se necesita autorización para los servicios dentro de la red.** **Dentro de la red:** Por admisión, paga $325 de copago por día, desde el día 1 al 5. **Fuera de la red:** Por admisión, paga $500 de copago por día, desde el día 1 al 5. No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médicos Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Si lo admiten en el hospital en el 2023 y recién le dan de alta en algún momento en el 2024, el costo compartido del 2023 se aplicará a esa admisión hasta que le den de alta del hospital o el centro de enfermería especializada. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía se cubrirá, pero pagará la cantidad de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números 24/7.	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. Para coordinar los servicios cubiertos, llame a Servicios para miembros. Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Si lo admiten en el hospital en el 2023 y recién le dan de alta en algún momento en el 2024, el costo compartido del 2023 se aplicará a esa admisión hasta que le den de alta del hospital o el centro de enfermería especializada.	**Únicamente se necesita autorización para los servicios dentro de la red.** **Dentro de la red:** Por admisión, paga $325 de copago por día, desde el día 1 al 5. **Fuera de la red:** Por admisión, paga $500 de copago por día, desde el día 1 al 5.
Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía se cubrirá, pero pagará la cantidad de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.	No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o una SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado	
Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional	Es responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario. **Sesiones adicionales de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT):** No hay límites en el número de sesiones de terapia de nutrición médica (MNT) por parte de un dietista registrado u otro profesional de la nutrición.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros: • Tratamiento de pérdida de peso, que incluye, entre otros: o Suplementos alimenticios o Programas de pérdida de peso y de ejercicio o Medicamentos o Grupos de autoayuda	Es responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Se cubrirán los servicios de MDPP para los miembros elegibles. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable. Para obtener más información sobre el Programa de prevención de la diabetes de Medicare, comuníquese con Solutions Group llamando al (505) 923-5454 para dejar un mensaje (TTY 711) o envíeles un correo electrónico a wellness@phs.org.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • La insulina que se administra con equipo médico duradero (p. ej., una bomba de insulina médicamente necesaria) • También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia	**Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare requieren autorización previa.** **Los medicamentos también podrían estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.** Para obtener más información sobre los requisitos de terapia escalonada, consulte el Capítulo 5, Sección 4.2 *(¿Qué tipos de restricciones?)*

Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continúa)	
• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Ciertos medicamentos para diálisis en la casa, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Los medicamentos o las categorías que podrían estar sujetos a terapia escalonada incluyen: Prolia, Xgeva (denosumab), Viscosuplementation, Botox (onabotulinumtoxinA), Avastatin (bevacizumab), Rituxan (rituximab), Intravenous Immune Globulin (IVIG), Filgrastim/Pegfilgrastim, Remicade (infliximab). Esta lista está sujeta a cambios, visite el enlace abajo para ver la versión más reciente. El siguiente enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495 También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	**Dentro de la red:** $10 de copago por medicamentos con receta médica de la Parte B cuando se compran en una farmacia 20% de coseguro por medicamentos de la Parte B que son administrados por un proveedor **A partir del 1º de abril del 2023:** Algunos medicamentos de la Parte B que se puedan reembolsar a lo mejor estén sujetos a una cantidad de coseguro más bajo. **A partir del 1º de julio del 2023:** Para la insulina que se administra con equipo médico duradero [DME por sus siglas en inglés] (p. ej., una bomba de insulina), los costos compartidos están sujetos a un límite de coseguro de $35 por un suministro de un mes de insulina. **Fuera de la red:** 20% de coseguro por medicamentos con receta de la Parte B cuando se compran en una farmacia 20% de coseguro por medicamentos de la Parte

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
	B que son administrados por un proveedor **A partir del 1º de abril del 2023:** Algunos medicamentos de la Parte B que se puedan reembolsar a lo mejor estén sujetos a una cantidad de coseguro más bajo. **A partir del 1º de julio del 2023:** Para la insulina que se administra con equipo médico duradero [DME por sus siglas en inglés] (p. ej., una bomba de insulina), los costos compartidos están sujetos a un límite de coseguro de $35 por un suministro de un mes de insulina. Si se los administra mediante el consultorio de un proveedor, es necesario que algunos medicamentos se obtengan mediante el proveedor asignado de la red de especialidades y se entreguen en el consultorio de su proveedor.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Línea directa de enfermería – PresRN Tiene acceso de miembro a PresRN, un servicio de la línea de asesoramiento de enfermeras que está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, incluyendo feriados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 3.2. (505) 923-5573 (Sujeto a los cargos de llamada local/larga distancia aplicables, dependiendo de su plan de teléfono).	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Pruebas de detección y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Servicios del programa de tratamiento por opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento para el abuso de sustancias • Terapia individual y en grupo • Exámenes toxicológicos • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	**Dentro de la red:** Paga $40 de copago por sesión **Fuera de la red:** Paga un 50% de coseguro por sesión

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:	**Se pueden aplicar normas de autorización.**
• Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Evaluación y pruebas de alergias • Inyecciones para alergias • Pruebas de alergia y materiales de tratamiento administrados durante una consulta cubierta • Mamografías de diagnóstico • Derivación de estudios de eco de tensión a tensión nuclear • Electrocardiograma • Electroencefalogramas • Cardiología nuclear • Estudios del sueño	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro
• Radiografías y ultrasonidos	**Dentro de la red:** Paga $20 de copago **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro
• Servicios de radiología terapéutica	**Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias o Tomografía computarizada (Computed Tomography, CT) o Angiografía de resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiogram, MRA) o Imágenes de resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) o Tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) • Medición de masa ósea o Para obtener información de densitometría ósea consulte los servicios de “medidas de masa ósea” en esta tabla.	**Únicamente se necesita autorización para los servicios dentro de la red.** **Dentro de la red:** Paga $300 de copago **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar alta. Para que los servicios de supervisión hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, es necesario que cumplan con los criterios de Medicare y que se consideren razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de certificación y los estatutos del personal del hospital para ingresar a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números 24/7.	**Dentro de la red:** Paga $95 de copago **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios	**Se pueden aplicar normas de autorización.** **Visitas al departamento de emergencias dentro y fuera de la red:** Paga $95 de copago por consulta **Operación de paciente ambulatorio dentro de la red:** Paga $325 de copago cuando se hace en un centro quirúrgico ambulatorio **Operación de paciente ambulatorio fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro cuando se hace en un centro quirúrgico ambulatorio
• Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello	**Dentro de la red:** Paga $40 de copago por consultas de terapia individual o grupal **Fuera de la red:** Paga un 50% de coseguro por consultas de terapia individual o grupal
• Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología facturados por el hospital	**Dentro de la red:** Paga $20 de copago **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro
• Suministros médicos como entablillados y yesos	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Sin cargo
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	**Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números 24/7.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico, u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Es posible que reciba un número ilimitado de sesiones de terapia individual y grupal. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	**Dentro de la red:** Paga $40 de copago por consultas de terapia individual o grupal **Fuera de la red:** Paga un 50% de coseguro por consultas de terapia individual o grupal
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).	**Dentro de la red:** Paga $25 de copago **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios de consumo de sustancias dados por un psiquiatra o un médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Damos tratamiento y servicios de asesoramiento para diagnosticar y tratar el consumo de sustancias, incluidas: • Consultas de terapia grupal • Consultas de terapia individual Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	**Dentro de la red:** Paga $40 de copago por consultas de terapia individual o grupal **Fuera de la red:** Paga un 50% de coseguro por consultas de terapia individual o grupal
Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio".	**Se pueden aplicar normas de autorización.** **Dentro de la red:** Paga $325 de copago **Fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	**Dentro de la red:** Paga $40 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico **Fuera de la red:** Paga un 50% de coseguro por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibro realizados por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los da un médico)	**Operación para pacientes ambulatorios** Dentro de la red: Paga $325 de copago Fuera de la red: Paga un 20% de coseguro **Visitas en el consultorio del PCP/otros profesionales de atención médica:** Dentro de la red: Paga $15 de copago Fuera de la red: Paga $35 de copago **Visitas con un especialista:** Dentro de la red: Paga $50 de copago Fuera de la red: Paga $60 de copago **Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Los costos compartidos para estos tipos de categorías de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios que se prestan en persona.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)	
• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: o PCP/otros servicios de profesionales de atención médica, servicios de especialistas o servicios de rehabilitación ambulatoria, incluyendo terapia física, ocupacional, y del habla y el lenguaje o Servicios necesarios de urgencia o Sesiones individuales y de grupo para servicios especializados de salud mental, psiquiátricos y de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios o Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. o Si quiere recibir uno de estos servicios por telesalud, debe comunicarse con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. o Los gastos compartidos para otras categorías de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios prestados en persona.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Los costos compartidos para estos tipos de categorías de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios que se prestan en persona.
• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de apoplejía, independientemente del lugar donde esté. • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Los gastos compartidos para las categorías de servicios de telesalud de la lista son los mismos que para los servicios prestados en persona.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud o Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud o Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La consulta breve no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días **y** o La consulta breve no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita • Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de un plazo de 24 horas, **si**: o No es paciente nuevo **y** o La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días **y** o La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)	
Consultas por video Con las Consultas por video tendrá acceso a los proveedores de atención médica con licencia en Nuevo México, en cualquier momento, sin cita previa, desde: • Casa • Oficina • Otra ubicación con datos móviles o acceso Wi-Fi Programe una cita desde su: • Computadora (con una cámara web que funcione) • Teléfono inteligente • Tableta Atención primaria/especializada profesional: • Reciba un diagnóstico para enfermedades que no son urgentes, como: o Alergias o Fiebres o Gripe o Garganta irritada • Reciba recetas médicas (cuando sea clínicamente apropiado) Hable con un proveedor en servicio las 24 horas del día, los 365 días del año. Las Consultas por video son seguras, confidenciales y cumplen con todas las reglamentaciones de privacidad médica.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $60 de copago
Prueba de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Dispositivos prostáticos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, los marcapasos, los aparatos ortopédicos, los zapatos ortopédicos, las extremidades artificiales y las prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte "Cuidado de Visión" más adelante en esta sección para mayores detalles.	**Dentro de la red:** Sin cargo para suministros médicos protésicos como artículos de ostomía, vendajes quirúrgicos, férulas y yesos que el miembro no pueda volver a usar Para todos los otros suministros médicos protésicos se aplicará el 20% de coseguro **Fuera de la red:** Sin cargo en suministros médicos protésicos como vendajes quirúrgicos, férulas y yesos que el miembro no pueda volver a usar Paga un 25% de coseguro para los suministros de ostomía Para todos los otros suministros médicos protésicos se aplicará el 25% de coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica **(COPD)** entre moderada y muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica. • Máximo de 36 sesiones por año calendario con la opción de 36 sesiones adicionales según la necesidad médica.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Exámenes físicos de rutina Las pruebas físicas de rutina están cubiertas si el examen es médicamente apropiado, y la atención preventiva se hace de acuerdo con las normas profesionales de práctica generalmente aceptadas. • Uno por año calendario	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago, ni deducible por un examen físico de rutina. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago
Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante, al menos, 20 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla con los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o un profesional no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial*: el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen preventivo de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes preventivos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertos por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cubrimos pruebas de detección para las enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI. Nosotros cubrimos exámenes de infecciones de transmisión sexual (STI) para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una STI cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer **STI**. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen:	**Se necesita autorización previa únicamente para dentro de la red.**
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)	**Dentro de la red:** Por admisión, paga $325 de copago por día, desde el día 1 al 5. **Fuera de la red:** Por admisión, paga $500 de copago por día, desde el día 1 al 5. No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.
• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente)	**Dentro y fuera de la red:** Paga un 20% de coseguro
• Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia	**Dentro y fuera de la red:** Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en la casa (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces "SNF").	**Únicamente se necesita autorización para los servicios dentro de la red.**
Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/profesional	**Dentro de la red:** Por ingreso, usted paga: Sin cargo para el día 1 al 20 $95 de copago por día, desde el día 21 al 100 **Fuera de la red:** Por ingreso, usted paga: Sin cargo para el día 1 al 20 $150 de copago por día, desde el día 21 al 100
Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar en costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital.	Usted está cubierto hasta por 100 días en SNF. Es responsable del 100% de los costos de los 101 días en adelante por admisión.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Eliminación del uso del tabaco (orientación para dejar de fumar y usar tabaco) Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma medicamentos que el tabaco podría afectar: Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos asesoría para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Quit for Life® es el programa líder nacional para dejar de fumar que ayuda a los participantes a superar las adicciones físicas, psicológicas y conductuales al tabaco mediante entrenamiento, terapia de reemplazo de nicotina (según corresponda), un programa personalizado para dejar de fumar y una comunidad en línea de apoyo. Contamos con servicios telefónicos y por Internet para dejar de fumar. Para obtener más información sobre el programa Quit for Life®, llame a 1-866-QUIT.4.LIFE o visite www.quitnow.net. Clickotine es una aplicación móvil que le ayuda a crear e implementar un plan para dejar de fumar y superar las ansias por la nicotina. Llame a Servicios para miembros al número listado en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro para obtener información sobre cómo acceder a la aplicación Clickotine. También puede visitar www.clickotine.com para obtener más información. **Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar:** No hay límites en el número de sesiones de asesoramiento en persona o por teléfono.	**Dentro de la red:** No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare. **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia que necesita atención médica inmediata, pero que dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable que obtenga los servicios de proveedores dentro de la red. Ejemplos de los servicios necesarios de urgencia que debe cubrir el plan fuera de la red son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios. El costo compartido por servicios necesarios de urgencia dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red. **Dentro de nuestra área de servicio:** Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté temporalmente disponible o esté inaccesible debido a circunstancias inusuales y extraordinarias (por ejemplo, un desastre grave). **Fuera de nuestra área de servicio:** Dispone de cobertura mundial de atención de urgencia cuando viaja si necesita atención médica de inmediato por una enfermedad o una lesión imprevista y cree razonablemente que su salud se deterioraría gravemente si se demorara el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 3 para obtener más información.	**Dentro de la red:** Paga $15 de copago por consulta. **Fuera de la red:** Paga $60 de copago por consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Un examen de rutina anual • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.	**Dentro de la red:** Sin cargo **Fuera de la red:** Paga $60 de copago
• Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años	**Dentro de la red:** Paga $10 de copago **Fuera de la red:** Paga $60 de copago
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación).	**Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Paga el 25% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	**Dentro de la red:** Sin cargo No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" **Fuera de la red:** Paga $35 de copago

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que usted puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios extra se llaman **"Beneficios complementarios opcionales"**. Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse para recibirlos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Tabla de beneficios suplementarios opcionales:

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Plan dental completo El Plan dental completo opcional es además del Plan dental básico en el que lo inscribirán automáticamente. (Para obtener información de lo que cubre su Plan dental básico, consulte la línea de "Servicios dentales" arriba en la Tabla de beneficios médicos.) El Plan dental completo da beneficios dentales que no están cubiertos por Medicare Original.	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Plan dental completo(continuación) • No hay deducibles ni período de espera. • El beneficio máximo del año calendario es de $4,000 para servicios cubiertos prestados solo dentro de la red. Usted es responsable de cualquier servicio que preste un proveedor fuera de la red. o Esta cantidad no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo del plan que se describe en el Capítulo 4, Sección 1.2. o Usted es responsable de cualquier servicio que exceda el máximo anual. o La parte no usada del máximo anual no se transfiere al beneficio del año siguiente.	
• Servicios cubiertos (20% de coseguro): o Empastes de amalgama y resina, infiltración de resina en lesiones incipientes de superficie lisa: 1 por superficie del diente/24 meses o Incrustaciones/recubrimientos: 1 por diente/60 meses. o Restauraciones de protección: 1 por diente/toda la vida. o Nueva cementación o adhesión de incrustaciones, recubrimientos, restauración parcial, corona: 1 por diente/24 meses. o Extracciones y coronectomia: 1 por diente/toda la vida. o Ajuste de dentadura: dos ajustes por arco/12 meses. o Reparación de dentadura: 1 por arco/12 meses. o Reparación de base o montura o reemplazo de diente o gancho faltante o roto, agregar un diente o gancho en la dentadura: 1 por diente/12 meses. o Rebasado y desgastado de dentadura: 1 cada 36 meses. o Acondicionamiento del tejido: 1 cada 60 meses después de la nueva dentadura. o Nueva cementación, reparaciones de dentaduras parciales: 1 cada 24 meses.	**Dentro de la red:** Paga un 20% de coseguro **Fuera de la red:** Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada además del coseguro.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Plan dental completo(continuación) • Servicios cubiertos (50% de coseguro): o Coronas, muñones, pines de retención por diente, pernos y muñones, cada perno extra: 1 por diente/60 meses. o Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración: 1 cada 24 meses. o Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente: 1 por diente/toda la vida.	**Dentro de la red:** Paga el 50% de coseguro **Fuera de la red:** Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada además del coseguro.
• Servicios cubiertos (50% de coseguro) continúa: o Tratamiento de endodoncia y nuevo tratamiento de una endodoncia anterior: 1 por diente/toda la vida. o Apicectomía/cirugía periapical: 1 por diente/toda la vida. o Empaste retrógrado: 1 por diente/toda la vida. o Gingivectomía-gingivoplastia, procedimiento gingival a colgajo: 1 por cuadrante/36 meses. o Alargamiento clínico de la corona: 1 por diente/toda la vida. o Raspado y alisado periodontal de la raíz: 1 por cuadrante/36 meses. o Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses. o Cierre de la fístula buco-antral, cierre primario de una perforación de senos paranasales: 2 por arco/toda la vida. o Alveloplastia: 1 por cuadrante/toda la vida. o Vestibuloplastia: 1 por arco/toda la vida. o Remoción de exostosis lateral (maxila o mandíbula): 2 por arco/toda la vida. o Remoción de Torus Palantinus: uno de por vida. o Reducción de tuberosidad ósea, remoción de torus mandibularis: 2 de por vida. o Frenulectomia, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplástico: 1 por arco/toda la vida.	**Dentro de la red:** Paga el 50% de coseguro **Fuera de la red:** Los reclamos se basan en las tarifas de la tabla de cargos dentro de la red. Usted es responsable de la diferencia sobre la cantidad facturada además del coseguro.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Plan dental completo(continuación) o Escisión gingival pericoronaria: 1 por diente/toda la vida. o Dentadura postiza removible: completa, parcial, inmediata, sobredentadura: 1 cada 60 meses. o Dentaduras parciales fijas: puentes y retenedores, coronas retenedoras: 1 cada 60 meses. o Visitas a un profesional o en casa, centro de atención de largo plazo, centro de cirugía ambulatoria u hospital: 1 por fecha de servicio, 6/año o Consulta: 1 por proveedor/año o Aplicación de medicamento desensibilizante: 2 cada 12 meses. o Modelo montado para análisis oclusal, ajuste completo: 1 cada 60 meses. o Ajuste oclusal limitado: 1 cada 12 meses. Si desea estos beneficios dentales suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional de $19 al mes. Puede inscribirse en el Plan dental completo en cualquier momento y su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para obtener información para inscribirse puede comunicarse con servicio al cliente. Si cancela su inscripción en el Plan dental completo durante el año, debe esperar hasta el siguiente período anual de inscripción para volver a inscribirse. Para obtener información para cancelar su inscripción puede comunicarse con servicio al cliente.	

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

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

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

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor de espalda baja crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de apoyo El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.		Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	✓	
Entrega de comidas en su hogar	✓	

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos por ninguna condición**	**Cubiertos solo en condiciones específicas**
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en casa, como limpieza de la casa y preparación de alimentos ligeros.	✓	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternos)	✓	
Atención dental que no es de rutina		La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.
Beneficios dentales completos suplementarios opcionales	✓ Injertos de hueso, procedimientos cosméticos, implantes, regeneración de tejido y todos los servicios relacionados que no se incluyen en el Capítulo 4, sección 2.2.	
Beneficios dentales completos suplementarios opcionales		Consulte los beneficios dentales completos en el Capítulo 4, sección 2.2.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Aparatos auditivos de venta libre	✓	
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Habitación privada en un hospital		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente		Están cubiertos el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de la cirugía de cataratas.
Atención de rutina de los pies		Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare, (p. ej., si usted tiene diabetes).
Aparatos auditivos y exámenes para ajustar los aparatos auditivos.		Solo aparatos auditivos y proveedores aprobados por TruHearing.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	✓	
Todo tratamiento o servicio prestado por, o bajo la dirección de un proveedor de servicios de atención médica que no tenga licencia para prestar servicios, o que no esté operando dentro del alcance de la licencia	✓	
Atención en un centro de cuidados intermedios autorizado, a menos que esté cubierto por Medicare (como la atención médica en la casa o los cuidados paliativos)	✓	
Atención en un centro residencial donde pase la noche, excepto por la atención cubierta por Medicare o por un centro autorizado que dé servicios de recuperación residencial de transición cubiertos que se describan en la Tabla de beneficios médicos	✓	
Terapia de quelación	✓	

Servicios que Medicare no cubre	**No están cubiertos por ninguna condición**	**Cubiertos solo en condiciones específicas**
Consultas por beneficios no cubiertos	✓	
Suministros desechables para uso en la casa, como vendas, cinta de gasa, antisépticos, vendajes, vendas tipo Ace y pañales, protectores y otros suministros para la incontinencia		Si no está cubierto por Medicare (por ejemplo, suministros para ostomías o diabetes)
Medicamentos que no cumplen con la definición de medicamentos de la Parte B o la Parte D	✓	
Procedimientos o servicios de mejoras opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del pelo, el desempeño sexual, el desempeño atlético, los fines cosméticos, el antienvejecimiento y el desempeño mental		Excepto cuando es médicamente necesario
Artículos de anteojos que no requieren prescripción médica por ley (aparte de los armazones), como soportes, estuches y kits de reparación de anteojos	✓	
Terapia de masajes		Excepto cuando lo hace un fisioterapeuta según las directrices de CMS.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Nuevos procedimientos médicos, procedimientos de atención de salud mental, medicamentos farmacéuticos y dispositivos (o los ya existentes que se usan de forma diferente)		Las nuevas tecnologías, los dispositivos o los procedimientos están cubiertos únicamente si la CMS lo exige o si el Comité de Evaluación de tecnología los aprueba. El Comité de Evaluación de Tecnología se integra por profesionales dentro de la red con aportes de profesionales locales y personal médico.
Nutrición oral para pacientes ambulatorios, como suplementos dietéticos y suplementos herbales	✓	
Medicamentos con receta médica para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia	✓	
Medicamentos de venta libre como vendas, medicamentos para la tos/gripe, analgésicos y vitaminas	✓	
Reemplazo de medicamentos por pérdida, robo, daño o destrucción		Excepto durante un estado declarado de desastre o emergencia.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
La atención de rutina no asociada con el estudio clínico está sujeta a todos los términos, las condiciones y las restricciones, las exclusiones y otras coberturas de nuestro plan	✓	
Servicios de rutina o electivos, que incluyen análisis de laboratorio o atención médica, cuando proveedores que no pertenecen al plan los dan sin la aprobación previa del Director médico del Presbyterian Health Plan	✓	
Traslado de rutina o transporte en un auto, taxi, autobús, camioneta para sillas de ruedas y cualquier otro tipo de transporte (que no sea una ambulancia con licencia), incluso si es la única manera de viajar a un proveedor de la red	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios para cualquier enfermedad o lesión que ocurra durante el trabajo y que usted sea elegible para recibir compensación en virtud de cualquier ley de compensación al trabajador o ley de responsabilidad del empleador, sin importar si reclama los beneficios o recupera las pérdidas de un tercero	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration). Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que, de acuerdo con la ley, requiera la aprobación federal de la FDA para poder venderse en los EE. UU., pero que no estén aprobados por la FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios dados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU. No se aplica a los estudios clínicos que Medicare cubre ni a la atención de emergencia cubierta que reciba fuera de los Servicios de los EE. UU. dados a los veteranos de guerra en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).		Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida		Excepto cuando se considera médicamente necesario y está cubierto por Medicare Original
Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios para llevar a casa	✓	
Cuando un servicio o un artículo no está cubierto, se excluyen todos los servicios relacionados con el servicio o el artículo no cubierto		A excepción de los servicios o los artículos que de otra manera cubriríamos para atender las complicaciones del servicio o el artículo no cubierto, o si están cubiertos de acuerdo con las directrices de Medicare

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Vea en el Capítulo 4 los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor que receta) debe darle una receta por escrito que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El proveedor que receta no debe estar en las listas de exclusiones de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Vea la Sección 2, *Surta su receta en una farmacia de la red o por nuestro servicio de pedidos por correo).*
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la "Lista de medicamentos") del plan. (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta médica surtidos en las farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta médica 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 buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores*, visitar nuestro sitio web (www.phs.org/Medicare) o llamar a Servicio al Cliente.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área puede obtener ayuda de Servicio al Cliente o puede usar el *Directorio de proveedores*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente.
- Las farmacias que ofrece el Programa de Salud para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (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.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (*Nota:* Este escenario sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores* o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de envío por correo del plan

El servicio de pedido por correo del plan le permite pedir **un suministro para 90 días como máximo**.

Costo compartido preferido del pedido por correo: Sus costos pueden ser menores si usa el pedido por correo de OptumRx. **Costo compartido estándar del pedido por correo:** Sus costos serán los mismos que los de costos compartidos minoristas cuando utilice el servicio de pedido por correo de Walgreens.

Para obtener información completa sobre la participación en los costos, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 6 de este documento.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, consulte las opciones de abajo.

Costo compartido preferido del pedido por correo

Formas en las que puede ordenar:

- Puede comunicarse por teléfono con OptumRx para hacer pedidos por correo al 1-866-528-5829 (TTY: 711).
- Ordene en línea en www.optumrx.com.
    - Para registrarse para usar su servicio seguro de pedidos por correo en línea, vaya y siga las instrucciones que aparecen en pantalla.
- Puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian o enviarnos un correo electrónico a info@phs.org.

Costo compartido estándar del pedido por correo

Formas en las que puede ordenar:

- Puede comunicarse por teléfono con Walgreens para hacer pedidos por correo al 1-866-845-3590 (TTY: 1-800-925-0178)
    - En español: 1-800-778-5427 (TTY: 1-877-220-6173)
- Ordene en línea en www.walgreens.com/topic/s/home-delivery-pharmacy.jsp.
    - Para registrarse para usar su servicio seguro de pedidos por correo en línea, vaya y siga las instrucciones que aparecen en pantalla.
- Puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian o enviarnos un correo electrónico a info@phs.org.

Cuando pide en línea o por teléfono un resurtido para entrega en su casa, debe pagar su costo compartido cuando hace su pedido (no hay cargos de envío para el servicio regular de pedido por correo).

Nota: Puede usar otras farmacias estándar de costo compartido de pedidos por correo que están en la red del plan; sin embargo, si usa una farmacia de pedido por correo que no está en la red del plan, su receta médica no estará cubierta.

Generalmente, un pedido de farmacia de envío por correo se entregará en menos de 14 días. Si se retrasa su pedido por correo, puede llamar al servicio de atención al cliente y hacer una solicitud única para que le surtan su receta en una farmacia.

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para para que sepan si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Resurtidos en recetas enviadas por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse para el programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero aún quiere que la farmacia por correo le envíe su receta, comuníquese con la farmacia [inserte la cantidad recomendada de días] antes de que se termine su receta actual. Esto permitirá asegurarse de que se envíe su pedido a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que automáticamente prepara los surtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-866-528-5829.

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

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

Cuando obtiene un suministro de largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro de largo plazo de medicamentos (también llamado “suministro extendido”) de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores* le indica qué

farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a servicio al cliente para obtener más información.

2. Usted también puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Usted podría llegar a pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos en la farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que podríamos cubrir las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red:

- Cubriremos las recetas médicas que se surtan en una farmacia fuera de la red si dichas recetas médicas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia. En este caso, es posible que tenga que pagar el costo total (en lugar de pagar únicamente su copago) cuando surta su receta. Puede pedir que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido al presentar el formulario de reclamación por escrito. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró. Para informarse sobre cómo presentar un reclamo por escrito, consulte el proceso de reclamos por escrito que se describe más adelante.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que atienda las 24 horas.
- Si intenta obtener un medicamento de receta del que no hay existencias de manera regular en una farmacia de pedidos por correo o de venta minorista de la red accesible (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si está viajando dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se le pierden o se le acaban sus medicamentos con receta médica y no tiene acceso a una farmacia de la red.
- Durante cualquier declaración estatal o federal de desastre u otra declaración de emergencia sanitaria pública en la que un miembro con cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D sea evacuado o desplazado de la vivienda y no se pueda esperar razonablemente que obtenga medicamentos cubiertos de la Parte D en una

farmacia de la red, o que se produzcan circunstancias en las que los canales normales de distribución de los medicamentos de la Parte D no estén disponibles.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo compartido) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse).

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

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para la que se recetó.
- -- *o* -- respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos normales (por ejemplo, medicamentos que están basados en una proteína) que se conocen como productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar que es un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos normales, en vez de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y habitualmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biológicas disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Existen cinco “niveles de costos compartidos” para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, entre más alto es el nivel del costo compartido, más alto será su costo del medicamento.

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo).
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de nivel de especialidad (nivel más alto).

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

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

Tiene tres (3) maneras para averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.

2. Visite el sitio web del plan (www.phs.org/Medicare). La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.

3. Póngase en contacto con Servicios para miembros para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o pida una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta médica, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de costo más bajo funcionará tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Tenga en cuenta que a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué necesitan usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar

el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Vea el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos indica la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo compartido será mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **"autorización previa"**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan le pida que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"terapia escalonada".**

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si se considera normalmente seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta médica a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto

Hay situaciones donde hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que está, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree conveniente.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera?

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estaba en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento específico o menos, si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal que se indica arriba.

- **Cambio del nivel de atención:** Es posible que los miembros se enfrenten a cambios imprevistos en el nivel de atención, por ejemplo, cuando se les da de alta o se los ingresa a un centro de LTC, hospitales, centros de enfermería, etc. En estas circunstancias, Presbyterian dará una provisión temporal por única vez para un cambio de nivel de atención. Este surtido se autorizará por un suministro máximo de 31 días, a menos que la receta médica esté escrita para menos de 31 días.

Si tiene preguntas sobre suministros temporales, llame a servicio al cliente.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionarle de la misma manera. Puede llamar al servicio de atención al cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento incluso si no está en la Lista de medicamentos del plan. O, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Puede llamar al servicio al cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en nuestro Nivel de especialidad, el Nivel 5, no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos con regularidad nuestra Lista de medicamentos en línea. Abajo están los tiempos en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a 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 los dos)**
    - Nosotros podemos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones. Podemos decidir que se conservará el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moviéndolo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto, agregando nuevas restricciones o ambas cuando se añade un genérico.

- Es posible que no le avisemos con antelación si hacemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca Si está tomando el medicamento cuando hacemos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. También incluirá información sobre las acciones que puede tomar para pedir una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - Algunas veces un medicamento se puede considerar inseguro o pueden retirarlo del mercado por otro motivo. Si esto sucede, puede ser que el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, lo informaremos de inmediato.
  - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.
- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas. Por ejemplo, podríamos hacer cambios con base en las advertencias en caja de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de antelación o darle aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de que reciba el aviso del cambio, debe trabajar con el proveedor que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o cumplir cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando.
  - Usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información de cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9.

Los cambios a la lista de medicamentos no lo afectan durante el año del plan

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento

cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Pusimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del gasto compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento.

No le hablaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la Lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

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

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta médica están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos de su bolsillo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluirá según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión consulte el Capítulo 9).

Estas son tres normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El “uso para indicaciones no autorizadas” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

- Por lo general, la cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, 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 Medicare:

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional"** para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos normalmente no cubiertos. No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto de Medicare en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Dé su información de la membresía

Para surtir su receta, dé la información de la membresía del plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de costo del medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta médica cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre **cómo solicitar el reembolso al plan).**

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido a un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que el medicamento cumpla todas las normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (Long-term Care, LTC)?

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* para averiguar si la farmacia del LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información o asistencia, comuníquese con servicio al cliente. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

Vea en la Sección 5.2 la información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de 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), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es "válida".

Si la cobertura del plan grupal es **"acreditable"**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare.

Guarde este aviso sobre cobertura válida, ya que podría necesitarlos en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura aceptable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, pida una copia al empleador o administrador de beneficios del grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del proveedor que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si lo dieran de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma 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 usted está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos con opioides

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

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama un Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que el uso que haga de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias.

- Pedirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y de benzodiacepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse presentar una apelación.

No se le pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. El programa lo desarrollaron un equipo de farmacéuticos y médicos para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Traiga el resumen a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D puede no aplicar en su caso.** Le enviamos un documento separado llamado "Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica" (también conocido como "Anexo de Subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le indica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y pregunte por el "Anexo LIS" (Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta médica 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, debe saber los medicamentos que están cubiertos, donde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas normas se explican el Capítulo 5, Secciones 1 a 4.

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

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama "gasto compartido" y estas son las formas en que se le puede pedir que pague.

- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- **"Copago"** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que mencionamos abajo (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por sus medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La etapa de cobertura inicial
  - Etapa de período sin cobertura
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta médica de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, los mismos se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si **ciertas personas u organizaciones** los hicieron en su nombre**.** Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o un familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de salud para la población india estadounidense. Los pagos efectuados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare también se incluyen.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $7,400 en costos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta médica cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D por Medicare.
- Pagos que realiza por los medicamentos con receta médica que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga parte de o todos sus gastos de bolsillo de medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente.

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de EOB de la Parte D que recibió incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance $7,400, este informe le dirá que ya salió de la Etapa del período sin cobertura y que pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 indica lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que está cuando obtiene el medicamento

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta en Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta (HMO). Cuánto paga depende de la etapa en que está cuando surte o vuelve a surtir una receta. La información de cada etapa está en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: etapa de deducible anual

Etapa 2: etapa de cobertura inicial

Etapa 3: etapa de período sin cobertura

Etapa 4: etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cualquier producto de insulina cubierto por el plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta médica y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta médica en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos control:

- Llevamos control de cuánto ha pagado. A esto se le llama costo **"de bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de 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 resurtió una o más recetas por medio 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 de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas médicas que le han surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como la información “del año a la fecha”. La información muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y los aumentos de precio del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con gastos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

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

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus gastos de bolsillo, puede darnos copias de esos recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
    - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la "EOB de la Parte D", revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a servicio al cliente. También puede obtener una copia al iniciar sesión en myPRES, en www.phs.org/myPRES. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, paga el costo total de sus medicamentos

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte la primera receta del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es de $470 para el año 2023. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar la cantidad deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible Su **"costo total"** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.

Cuando ha pagado $470 por sus medicamentos, deja la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de 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 su parte del costo de sus medicamentos con receta médica cubiertos, y usted paga su parte (su copago o cantidad de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta médica.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será su costo por el medicamento:

- El Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo).
- El Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos de marca preferidos.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de nivel de especialidad (nivel más alto).

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia de la red.
- Una farmacia fuera de la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta médica que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información de cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores* del plan.

Sección 5.2 Un cuadro 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 el cuadro siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido estándar del pedido por correo (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido preferido del pedido por correo:** (hasta un suministro de 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$4 de copago	$4 de copago	$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	$10 de copago	$10 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido estándar del pedido por correo (dentro de la red)** (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido preferido del pedido por correo:** (hasta un suministro de 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$95 de copago	$95 de copago	$95 de copago	$95 de copago	$95 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

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, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones cuando usted o su médico quiera menos del suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que lo recete, y a su farmacéutico que lo surta, menos de un suministro del mes completo de sus medicamentos si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en vez del mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "tasa de costo compartido diario") y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado un "suministro prolongado"). Un suministro a largo plazo dura hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra sus pagos cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)	**Costo compartido estándar del pedido por correo (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)	**Costo compartido preferido del pedido por correo :** (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$12 de copago	$12 de copago	$8 de copago

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)	**Costo compartido estándar del pedido por correo (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)	**Costo compartido preferido del pedido por correo :** (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$30 de copago	$30 de copago	$20 de copago
Nivel 3 de costo compartido (De marca preferidos)	$135 de copago	$135 de copago	$112.50 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	$285 de copago	$285 de copago	$285 de copago
Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5 de especialidad.			

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que ha surtido alcanza **el límite de $4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar el control de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $4,660.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte del cargo de dispensación para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan hacia sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y pasa hacia el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos anuales gastos de bolsillo lleguen a la cantidad máxima establecida por Medicare. Una vez alcanza esta cantidad $7,400, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan llegado al límite de $7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará casi todos los costos de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento con cobertura será ya sea el coseguro o un copago, lo que sea la cantidad *mayor*:
    - *– ya sea –* 5% de coseguro del costo del medicamento
    - *–o –* $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: nuestro plan cubre la mayor parte de vacunas de la Parte D sin costo, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información llame a Servicio al Cliente.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el propio costo **de la vacuna.**
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama "administración" de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para lo que se le va a vacunar).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Vea el *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)* en el Capítulo 4).
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas listadas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Donde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna puede dispensarla una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **Quién le da la vacuna.**
    - Un farmacéutico puede poner la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y la etapa de medicamento en que esté.

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

Abajo hay tres ejemplos de maneras como podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará todo el costo de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla.

- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre la cantidad que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Usted recibirá un reembolso por la cantidad que el médico cobre para administrar la vacuna menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos su parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando reciba atención médica o algún medicamento con receta, será necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama "reembolsarle"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. La Sección 2 de este capítulo.

Puede haber ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió o posiblemente por más de su parte de costos compartidos como explicamos en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los gastos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

A continuación encontrará ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted recibió.

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

Cuando usted recibió atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es solo responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red.) Pídale al proveedor que emita una factura para el pago de su parte del costo.

- Si paga la cantidad completa en el momento en que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor para pedirle un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.

- Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

- Tenga en cuenta: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en caso de cuidados de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que recibe.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que 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.

- Solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldos”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los costos. Usted tendrá que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta médica

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para hablar de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque que no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque la información de su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta médica.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte del costo compartido.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta médica por que se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *La Lista de Medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara 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 solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

El plan también consideraría un reembolso en las siguientes circunstancias:

- No puede obtener un medicamento con receta médica cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio, en una farmacia de la red.
- No puede surtir una receta para un medicamento con receta médica cubierto oportunamente debido a que ese medicamento normalmente no está almacenado en farmacias de venta al público o de venta por correo accesibles de la red.

- Requiere un medicamento cubierto debido a que recibe servicios de emergencia fuera del área.
- Durante una declaración estatal o federal de catástrofe u otra declaración de emergencia de salud pública en la que usted es evacuado o desplazado de su casa.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió

Usted puede pedirnos que le paguemos ya sea llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de un año** de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Debemos conocer la información siguiente sobre usted:
    - Nombre, inicial del segundo nombre, apellido
    - Fecha de nacimiento
    - Número de identificación del miembro
    - Número de grupo (si corresponde)
    - Dirección de correo postal, teléfono y dirección de correo electrónico
    - Naturaleza de la condición/tratamiento que recibió, incluyendo la fecha del servicio y las fechas de consultas o tratamientos anteriores relacionados con este reclamo
    - Información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga
    - Nombre del proveedor, dirección y teléfono
    - Adjunte una copia del estado de cuenta desglosado o formulario de cargos
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.phs.org/Medicare) o ponerse en contacto con Servicios para miembros para pedir el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Presbyterian MediCare PPO
P.O. Box 26267
Albuquerque, NM 87125-6267

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera que sea conveniente para usted y concuerde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y estén accesibles para todos los miembros, incluyendo los que tienen poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o los que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de una manera adecuada para usted, llame a servicio al cliente.

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

Si no están disponibles en la red del plan los proveedores de una especialidad, es la responsabilidad del plan buscar proveedores especialistas fuera de la red que le den la atención necesaria. En ese caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si estuviera en una situación en la que no hay especialista en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información de a dónde ir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal con Servicios para miembros. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene el derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Usted también tiene el derecho de consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido y todavía pagar la cantidad de costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta médica en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de 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 dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso escrito llamado "Aviso de prácticas de privacidad" que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar primero decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.

- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos darle a Medicare su información de salud incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a servicio al cliente.

En la medida de lo posible, Presbyterian usa o comparte información médica que no lo identifica. Contamos con políticas y procedimientos para proteger la privacidad de la información de salud que lo identifica. Tenemos un programa de formación para educar a nuestros empleados y a otras personas sobre la protección interna de la información médica oral, escrita y electrónica y nuestras políticas de privacidad. El uso o la revelación de su información médica se hace únicamente con fines comerciales o según lo exija o permita la ley.

Cuando un tercero presta un servicio que tiene que ver con su información médica, requerimos un acuerdo por escrito con ellos para proteger la privacidad de su información médica.

Al momento de su inscripción, le entregamos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y lo compartimos con usted cada año en un boletín informativo. Si quiere volver a leerlo, puede encontrar la copia más actualizada en línea en www.phs.org/Medicare. Si quiere una copia impresa, puede llamar a servicio al cliente para pedirla.

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, usted tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nuestra parte.

Si quiere cualquiera de los tipos de información siguientes, llame a Servicio al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestras redes de proveedores y farmacias** Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 hay información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9 se informa sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea,* puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder legal para atención médica**" son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar un formulario de "instrucciones anticipadas" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con servicio al cliente para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó un formulario de instrucciones anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- Si le admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones que allí se indican, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Nuevo México al número o la dirección listado abajo:

New Mexico Department of Health
1190 S. St. Francis Dr.
Santa Fe, NM 87505
(505) 827-2613
nmhealth.org

New Mexico Department of Health Incident Management
Bureau, Abuse, Neglect and Exploitation Reporting
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

New Mexico Department of Health Incident Management
Bureau Facilities and Hospitals
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa**.

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 cree que se le ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y ello no* tiene que ver con discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema:

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente**.
    - También puede pedir una copia de nuestra declaración de Derechos y responsabilidades y hacernos recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades del miembro.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.

Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar la publicación llamada “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

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

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 tienen información sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden al darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención médica.**
    - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de obtener una respuesta que usted entienda.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
    - Debe pagar las primas del plan.

Debe continuar pagando su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.

Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.

Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta médica.

Si se requiere que usted pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *en* nuestra área de servicio, debemos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan**

Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué 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 preocupación

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.
- Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de poner quejas;** también llamado quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería hacer.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite 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 lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “organización de revisión independiente” en lugar de “entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aun si tiene una queja del trato que le demos, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones puede ser también que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Bajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Todos los estados tienen un programa del gobierno con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los teléfonos y los URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta tienen cobertura o no, la manera como están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general

Las decisiones de cobertura y de apelaciones tratan con los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de los servicios médicos y medicamentos con receta, incluyendo pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a darle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, y usted no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o "apelación rápida" de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si no denegamos su caso pero decimos no a toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2, no tiene que hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos no a todo o parte de su apelación, debe pedir una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se describen mejor en la Sección 6 de este capítulo). Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar en los demás niveles de apelación (en la Sección 9 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 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 cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratis** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.

- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo como su representante. Llame a servicio al cliente y pida el formulario "Nombramiento de representante". (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
    - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor que receta pueden 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 el proveedor que receta puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de "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.phs.org/Medicare). El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
    - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan 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 apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación?

Hay cuatro tipos de diferentes situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos los detalles de cada una en una sección separada:

- La **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta muy pronto"
- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto" (*Aplica únicamente a estos servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su 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 quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos o servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas se aplican a la solicitud para un medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta médica de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y los servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está obteniendo determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió atención médico, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le indicó que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, será reducida o detenida y, considera que reducir o detener esta atención podría dañar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus atenciones médicas, se denomina una **"determinación de organización".** Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación expedita"**.

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

Una "decisión de cobertura estándar" generalmente se toma en 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" generalmente se hace en el plazo de 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- *Únicamente puede pedir* cobertura por atención médica *que no haya recibido*.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos las fechas límite estándar
    - Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
    - Explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para

presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.

- **Sin embargo,** si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más.** Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". (Vea la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá 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 sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama una **"determinación expedita"**.

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

Una "apelación estándar" generalmente se hace en el plazo de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos indica 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" en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede pedir la apelación llamándonos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días), debemos enviarle automáticamente la solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, que revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a toda su solicitud,** debemos autorizar o dar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o todo lo que usted solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
    - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
    - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), le enviaremos su solicitud para la apelación de Nivel 2, donde una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación, enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 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"**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación rápida", también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación estándar", también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para "apelación estándar", si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión

debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

La organización de revisión independiente lo informará de su decisión por escrito y explicará las razones de la decisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es sí a una parte o toda la solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o darle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice sí a una parte o a toda la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación,** quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
    - Explicar la decisión.
    - Notificarle del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Diciéndole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en 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 describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. Si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos los servicios y los motivos en detalle.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” todo el tiempo. Nosotros también usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos (formulario)”.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las normas, puede preguntarnos Para algunos medicamentos es necesario que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que no puede surtirse su receta como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **“Determinación de cobertura”**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubran un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Puede solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el pago. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

Solicitarnos el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama pedir una **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que nosotros consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted o su médico y otra persona que emite recetas médicas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).**

- Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, debe pagar la cantidad del gasto compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 5 de especialidad. No puede pedir una excepción de la cantidad de gastos compartidos que necesitamos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican en ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

   - Si aceptamos hacer una excepción y anulamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le requerimos pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el número del nivel del costo compartido, más bajo será el pago que haga usted como su parte del costo del medicamento.

   - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Esto sería el nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de gasto compartido. Esto sería el nivel más bajo que contenga alternativas de productos de marca para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos la cobertura de su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos de marca o genéricas para el tratamiento de su condición.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel del costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 de especialidad.
   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione para usted o tengan probabilidad de causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir una otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama una **"determinación de cobertura expedita"**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Las **"decisiones de cobertura estándar"** se toman en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Las **"decisiones de cobertura rápida"** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"
Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para pagar un medicamento que ya compró).
- Usar las fechas límite estándar puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro proveedor que receta nos indica que por su salud se necesita una "decisión de cobertura rápida", automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro proveedor que receta), decidiremos si se necesita por su salud que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
    - Explica que, si su médico u otro proveedor que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
    - También le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Nosotros responderemos a su queja en el plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. En el Capítulo 2 hay información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que se está apelando.

Usted, su médico (u otro proveedor que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, entregue la "declaración de respaldo"**, que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro proveedor que receta pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O, su médico u otra persona encargada de

emitir recetas médicas pueden indicarnos por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita, de ser necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos dar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos **darle la cobertura** acordada **en las siguientes 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en los siguientes **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** también debemos hacerle el pago dentro de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo apelar.

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

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto quiere decir pedir de nuevo que obtenga la cobertura del medicamento que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá 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 una **"reconsideración"** del plan. Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración expedita"**.

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

Una "apelación estándar" generalmente se hace en el plazo de 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se hace en el plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro proveedor que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 1-800-797-5343. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Los miembros pueden enviar una solicitud mediante www.phs.org o iniciando sesión de forma segura en su cuenta de myPRES.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una apelación "rápida"

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir 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, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos dar la cobertura acordada dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en los **siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos.
  - Si no le damos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura tan pronto como sea necesario por su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que hayamos recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Los plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los siguientes **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** también debemos hacerle el pago dentro de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará 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"**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro proveedor que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el período de tiempo correspondiente, o si tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la "apelación rápida"

- Si su salud lo necesita, solicite a la organización de revisión independiente que le dé una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es por un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Para la "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó,** debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente accede a todo o a una parte de su solicitud de cobertura,** debemos **darle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a parte o toda su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización dice que no a una **parte o a toda** su apelación, quiere decir que están de acuerdo nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar la decisión.
- Notificarle del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

- El día en que se va del hospital se llama su "**fecha de alta".**
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

En el plazo de dos días después de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a servicio al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga cualquier pregunta si no lo entiende.** Lo informa de:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
   - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

   - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Tenga a mano su copia** del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

   - Si usted firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se le programe su alta.
   - Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a servicio al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**.
    - **Si cumple esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.

- **Si no satisface esta fecha tope** y decide quedarse en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* del atención en el hospital que reciba después de la fecha en que se ha programado darlo de alta.

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 7.4.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos avisaron de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir dándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que no, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es "no", usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *denegó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

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 analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explica arriba, debe actuar rápidamente para empezar su apelación del Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- **Solicite una "revisión rápida":** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".
- En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una "revisión rápida".

- **Si la respuesta a su apelación es sí,** significa que estamos de acuerdo con usted de que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole los servicios cubiertos de hospital de paciente hospitalizado por el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)

- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
    - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones 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"**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Paso 1:</u> Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)

<u>Paso 2:</u> La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos entonces debemos pagarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted

debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del que se hace cargo un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

<u>Paso 3:</u> Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si quiere aceptar la decisión o ir a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata únicamente tres servicios:* atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando está obteniendo **servicios de atención en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo en que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar 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 pedir una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:

   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.

   - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.

2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con servicio al cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de

la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra manera para hacer su apelación consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales
"Explicación detallada de no cobertura". Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.

- Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir dándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen que *no*, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de atención médica en el hogar, o el cuidado de clínica de enfermería especializada, o los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que no a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para hacer que su plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le digamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en el plazo de 60 días** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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 analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es negativa?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó antes en la Sección 8.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- **Solicite una "revisión rápida":** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar". En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 2: Nosotros realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas después de que pida una "revisión rápida".

- **Si decimos que sí a su apelación,** quiere decir que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo, y seguiremos prestando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.

- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si respondemos "*no*" a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado 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"**.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas a partir del momento en que le digamos que se denegó su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, 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 dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- Los revisores en la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea

médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.

- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
- El aviso que recibe de la organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted elige si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador revisa la apelación de Nivel 3. La Sección 9 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores

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

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse a presentar una apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** A diferencia

de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en cuestión.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* haber terminado o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud procede o no. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se denegaron ambas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal**, revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o dar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las**

72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba lo informará de si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud procede o no. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el 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	• ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro servicio al cliente? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o cuando le dan una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **"queja"** también se llama una **"queja formal"**.
- **"Hacer una reclamación"** también se conoce como **"presentar una queja formal".**
- **"Usar el proceso para quejarse"** es otra manera de decir **"usar el proceso para presentar una queja formal"**.
- Una **"queja rápida"** también se llama una **"queja acelerada"**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Si hace que alguien presente una queja por usted, esta debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtenerlo llame a servicio al cliente y pida el formulario "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de queja (nuestra fecha límite para hacer una revisión), su solicitud de queja será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- La **fecha límite** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Es posible que le respondamos inmediatamente.** Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.

- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una queja "rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta en **un período de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de mejora de calidad

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para el mejoramiento de la calidad.**
- La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

O

- **O puede presentar su queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja respecto del Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que desea dejarlo. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período anual de inscripción abierta"). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía terminará cuando la cobertura en nuestro nuevo plan** comience 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 solo cambio a 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 anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía termina** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Periodo de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se ha trasladado.
- Si tiene Centennial Care (Medicaid).
- Si tiene derecho a recibir "Ayuda adicional" para el pago de sus recetas médicas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
- Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.

O

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

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin cobertura válida de medicamentos con receta por 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- **Llame a servicio al cliente**.
- Buque la información en el manual ***Medicare y usted 2023***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con medicamentos con receta cuando comience la nueva cobertura de su plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con medicamentos con receta cuando comience la nueva cobertura de su plan.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan

Hasta que termine su membresía, y empieza su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que termine su membresía en nuestro plan.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica **debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si se le encarcela (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dé cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).

- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
    - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 60 días.
    - Le notificaremos por escrito si no paga las primas del plan durante 30 días. Nuestra notificación por escrito le explica que tiene 60 días adicionales desde la fecha de la notificación antes de que cancelemos su membresía en este plan. Esto no se aplica a las personas elegibles para el Subsidio por bajos ingresos.
- Si tiene que pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta médica.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a servicio al cliente.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud

Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su atención médica.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted cree que le pidieron que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 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, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja formal acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que dan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación de edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del cuidado de salud asequible, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame al Departamento de Servicios Humanos y de **Salud de los Derechos Civiles** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles. 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.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros le puede ayudar.

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

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, el Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta médica o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir usted para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa: un asistente de atención médica en casa presta servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de apoyo: la atención de apoyo es atención personal que se da en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica relacionada que la mayoría de las personas se dan a sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en una instalación de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación dados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: aprobación por anticipado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. En un PPO, usted no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y lo que su responsabilidad de costo compartido es. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales con el fin de obtenerlos.

Cancelar inscripción o Cancelación de inscripción: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no deberá pagar una prima mayor.

Cantidad máxima combinada de bolsillo: esta es la cantidad máxima que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos). Además de la cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos cubiertos, también tenemos una cantidad máxima de bolsillo por determinados tipos de servicios. Los audífonos no se tienen en cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

Cantidad máxima de bolsillo de la red: el máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Después de haber alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red para el resto del año del contrato. No obstante, hasta que alcance su importe conjunto fuera de su bolsillo, usted debe continuar pagando su parte de los costos cuando solicite atención de un proveedor fuera de la red (no preferidos). Además de la cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos cubiertos, también tenemos una cantidad máxima de bolsillo por determinados tipos de servicios. Los audífonos no se tienen en cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

Centro de atención al cliente de Presbyterian: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Presbyterian.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de dar servicios

quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta médica: cobertura de medicamentos con receta médica (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago: una cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o un suministro, como una consulta médica, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta médica. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo $10) y no un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que debe pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta después de que pague cualquier deducible.

Costo compartido estándar: es el costo compartido que no sea el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos siguientes de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Costos de bolsillo: vea la definición de “costos compartidos” arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación relacionada con la cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura" en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si está embarazada, la pérdida de un niño no nacido, pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico pide por razones médicas. Ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar. Reglas de autorización que se aplican para productos de monitoreo continuo de glucosa en la sangre (CGM).

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aún si se queda en el hospital de un día para otro, es posible que se le considere "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o un coseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluso las cantidades que pagó y que su plan ha pagado por usted en el año, alcancen $4,660.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de revelación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan obliga a que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con receta médica, solo tiene que pagar la cantidad del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gasto compartido preferido: Gasto compartido preferido quiere decir gastos compartidos más bajos para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en ciertas farmacias de red.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de centros de cuidados paliativos es su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura de acuerdo a la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista de los medicamentos con receta médica cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta médica cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare "Pago por servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

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

Miembro (Miembro de nuestro plan o "Miembro del plan"): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de

Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, lo más alto el nivel de costo compartido, lo más caro que le será el costo por el medicamento.

Organización de mejoramiento de la calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: vea "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta médica de Medicare.

Período anual de inscripción: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios: la forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y en las instalaciones de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si obtiene "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta médica, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su 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 finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de medicamentos con receta médica de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta médica, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Plan de necesidades especiales por condiciones crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas específicas graves o discapacitantes, como se define en el Título 42, CFR, 422.2. Un C- SNP debe tener atributos específicos que superan la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se exige a todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage para poder recibir la designación especial y las adaptaciones de marketing e inscripción previstas para los C-SNP.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (MSA) de Medicare. 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 los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica**.

Plan médico de Medicare: a un plan médico de Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene contratos con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage,

los Planes de Costos de Medicare, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudar a las personas a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en vez de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir "periodos sin cobertura" en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por el concepto de cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta médica.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que da descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **"proveedores de la red"** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operados por nuestro plan.

Queja - el nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal" El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no involucra las disputas de cobertura ni el pago.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio de atención al cliente: un departamento dentro de nuestro plan que responde a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o auditivo, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: El término general que usamos en esta *Evidencia de cobertura* para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por su plan.

Servicios de cuidado personal (PCS): Son las "actividades de la vida diaria (ADL)" que una persona no puede hacer por sí misma debido a discapacidades físicas o mentales que requieren los servicios de un Asistente de cuidado personal (PCA) para que las haga. Las tareas de ADL incluyen, entre otras, el cuidado personal (bañarse, vestirse, asearse, comer, ir al baño), ir de compras, trasladarse, cuidar de los animales de asistencia, la función cognitiva y la comunicación verbal o no verbal. Es posible que se necesite asistencia cognitiva porque la discapacidad mental impide que la persona sepa cuándo o cómo hacer la tarea. Los servicios de PCS para el deterioro cognitivo pueden incluir la supervisión y la orientación de la persona con señales que aseguren que la misma hace la tarea de forma correcta y segura.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, prestados cuando los proveedores dentro de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y deben ser medicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa de suministro: un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Notice of Nondiscrimination and Accessibility

Discrimination is Against the Law

Presbyterian Healthcare Services is committed to equitable healthcare and exists to improve the health of patients, members and the communities we serve. We value diversity and inclusion and strive to treat all individuals with respect. We do not discriminate on the basis of race; color; ancestry; national origin (including limited English proficiency); citizenship; religion; sex (including pregnancy, childbirth or related medical conditions); marital status; sexual orientation; gender identity or expression; veteran status; military status; family care or medical leave status; age; physical or mental disability; medical condition; genetic information; ability to pay; or any other protected status. Presbyterian will provide reasonable accommodations and language access services for our patients, members, and workforce.

Presbyterian Healthcare Services:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with use, such as:
    - Qualified sign language interpreters
    - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
    - Qualified interpreters
    - Information written in other languages

If you need these services, contact the Presbyterian Customer Service Center at (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

If you believe that Presbyterian Healthcare Services has failed to provide these services or discriminated against you in another way, you can file a grievance with Presbyterian by calling 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, or **https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer**.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, or by mail or phone at:

Address: U.S. Department of Health and Human Services200
Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

PRESBYTERIAN

Encarte multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azee' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'į' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-592-7737 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Conforme a la Ley de Reducción de Papeleo [Paperwork Reduction Act] de 1995, no se exige que las personas respondan a un conjunto de información a menos que se indique un número de control válido del OMB. El número de control válido del OMB de este conjunto de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Servicios para miembros de Presbyterian MediCare PPO Plan 2 con RX

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAME AL	(505) 923-6060 o 1-800-797-5343; las llamadas a este número son gratis. Nuestro horario es de domingo a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto días feriado). Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriado). Después de horas de trabajo, un servicio de mensajería de voz automatizado está disponible. Si deja un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó. Un representante de Servicios para miembros volverá a llamarle a más tardar un día hábil después de que deje su mensaje. Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Nuestro horario es de domingo a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriado).
FAX	(505) 923-5124
ESCRIBA A	Presbyterian MediCare PPO P.O. Box 26267 Albuquerque, NM 87125-6267 Correo electrónico: info@phs.org Indique su nombre y apellido, fecha de nacimiento, una dirección y números de teléfono de contacto y la información de su consulta. Los miembros de Presbyterian también deben incluir su número de identificación de miembro, si está disponible.
SITIO WEB	www.phs.org/Medicare

Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México

Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-432-2080; las llamadas a este número son gratis.
TTY	(505) 476-4937; las llamadas a este número **no** son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Aging and Long-Term Services Department P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us