Del 1° de enero al 31° de diciembre del 2025

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de beneficios y servicios médicos y medicamentos con receta del Programa Medicare como asegurado de Presbyterian Dual Plus (HMO SNP)

H3204-013-004

1 De enero – 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Su cobertura de medicamentos con receta médica, y los beneficios y los servicios médicos de Medicare como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

H3204-013-004

Este folleto le da información de su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **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) 923-7675 o 1-855-465-7737. (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. La llamada es gratuita.

Este plan, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), lo ofrece Presbyterian Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros" o "nuestro", hace referencia a Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Este documento está disponible gratis en inglés. 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 2026.

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. Avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.
Presbyterian Dual Plus es un plan HMO de necesidades especiales (SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México (State of New Mexico Human Services Department). La inscripción depende de la renovación del contrato. Esos servicios se financian, en parte, con el estado de Nuevo México. Después de una revisión del modelo de atención, el Comité nacional de garantía de calidad (NCQA) ha aprobado que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) opere un plan de necesidades especiales (SNP) durante 2025.

En este documento se explican 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
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare

Evidencia de cobertura para 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 8
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 17
SECCIÓN 6 Cómo mantener 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 Dual Plus (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con 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 de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Turquoise 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? 33

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para sus servicios médicos* 34

SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre 42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente todo el costo de sus servicios? 45
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 45

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud....48
SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero....49

CAPÍTULO 4: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.... 51

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos....52
SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto....53
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)?....106
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?....107

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*.... 114

SECCIÓN 1 Introducción....115
SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan....116
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan....120
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos....123
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto?....124
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia?....127
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?....130
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta....131
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales....132
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos....134

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*.... 137

SECCIÓN 1 Introducción....138
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que está cuando obtiene el medicamento....141
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está....141
SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, paga el costo total de sus medicamentos....143
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte....144
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D....148

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 149

CAPÍTULO 7: *Cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 152

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 153

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió 155

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 156

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 158

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 159

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades 166

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 168

SECCIÓN 1 Introducción 169

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 170

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 171

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare 172

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones 173

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 176

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 184

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree se le está dando el alta demasiado pronto 195

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto 200

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores 204

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones 207

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid 211

CAPÍTULO 10: *Cómo cancelar su membresía en el plan* 212

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 213

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?.....213
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? 217
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos mediante nuestro plan.....218
SECCIÓN 5 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....219

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 221
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....222
SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación.....222
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 222

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 223

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con una enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y tipo de Medicaid que tiene. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted eligió obtener su cobertura de atención médica y medicamentos con receta médica de Medicare mediante nuestro plan, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). 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 Dual Plus (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) se diseñó específicamente para las personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Dado que recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede darle otros beneficios, ya que cubre servicios de atención médica que Medicare no suele cubrir. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) le ayudará a manejar todos estos beneficios para usted, para que obtenga los servicios de atención médica y asistencia de pago a los que tiene derecho.

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) es manejado por una empresa privada. Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está autorizado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Turquoise Care (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos sentimos complacidos de proporcionarle cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta médica.

La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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 de Medicare. 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 se refieren a la atención y servicios médicos y a los medicamentos con receta que están disponibles para usted como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas y los servicios que 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 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Esos avisos se llaman a veces anexos o enmiendas.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio distinta después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar cada año el Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la 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 la membresía en nuestro plan si:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- *y* -- usted 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 en ella.
- -- *y* -- es ciudadano estadounidense o está legalmente en los Estados Unidos.
- -- *y* -- usted reúne requisitos de elegibilidad especiales, según se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y algún nivel de asistencia de Medicaid.

Tenga en cuenta: Si usted pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que recupere la elegibilidad en cuatro (4) *meses*, entonces todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1 está la información de la cobertura y los costos compartidos durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Turquoise Care (Medicaid) es un programa conjunto gubernamental federal y estatal que ayuda con los costos médicos, de salud conductual y de atención de largo plazo para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando sigan los lineamientos federales. Turquoise Care ayuda a miles de residentes de Nuevo México, incluyendo adultos con bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades elegibles.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los 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 (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 deba pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.
- **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.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Dona Ana, Sandoval, Santa Fe y Valencia.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina estatal de Medicaid y preguntar cómo afectará esta mudanza sus beneficios de Medicaid. Los teléfonos de Medicaid están en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

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 mude, tendrá un Período 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 el nuevo lugar.

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

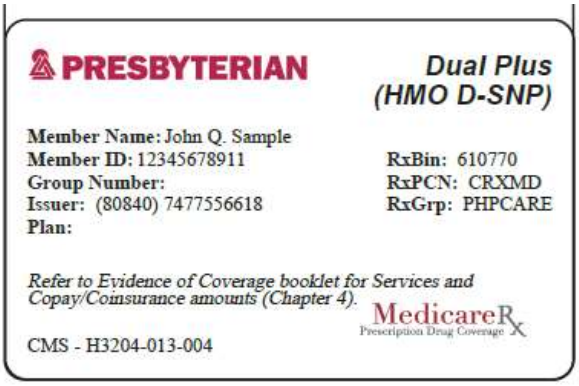
Sección 2.4 Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos

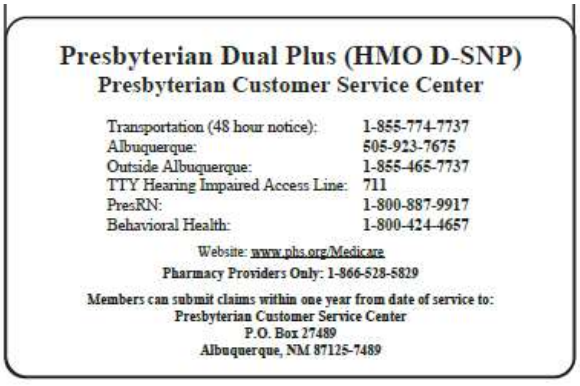
El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea 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 dentro de la red. Usted además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Si tiene Medicare y Turquoise Care (Medicaid), asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de miembro de Presbyterian y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado siempre que acceda a los servicios. Esto ayudará a su proveedor a facturar correctamente sus reclamos.


PRESBYTERIAN
Dual Plus (HMO D-SNP)
Member Name: John Q. Sample
Member ID: 12345678911
Group Number:
Issuer: (80840) 7477556618
Plan:
RxBin: 610770
RxPCN: CRXMD
RxGrp: PHPCARE
Refer to Evidence of Coverage booklet for Services and Copay/Coinsurance amounts (Chapter 4).
MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS - H3204-013-004


Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Presbyterian Customer Service Center
Transportation (48 hour notice): 1-855-774-7737
Albuquerque: 505-923-7675
Outside Albuquerque: 1-855-465-7737
TTY Hearing Impaired Access Line: 711
PresRN: 1-800-887-9917
Behavioral Health: 1-800-424-4657
Website: www.phs.org/Medicare
Pharmacy Providers Only: 1-866-528-5829
Members can submit claims within one year from date of service to:
Presbyterian Customer Service Center
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

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 Dual Plus (HMO D-SNP) , es posible que tenga que pagar el costo total 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. También puede pedir una tarjeta de reemplazo, imprimir o enviar por email una copia de su tarjeta iniciando sesión en myPRES en www.phs.org/myPRES.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores* está la lista actual de los proveedores dentro de la red y de los proveedores de equipo médico duradero. **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.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener la atención y los servicios médicos. 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 no hay disponibles en la red (eso es, en situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene su copia del Directorio de proveedores, puede pedírsela (en formato electrónico o impreso) a Servicio al cliente. Los pedidos de copias impresas del Directorio de proveedores se enviarán por correo en un plazo de tres días laborables. La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. 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 de la Parte D están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluyendo Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

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. La Lista de medicamentos que le damos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos dada. Si uno de sus medicamentos no está listado en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos. 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 para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 4.5)
- Cantidad del Plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.6)

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser menor

El programa "Ayuda adicional" apoya 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, 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 por separado, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura, para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también denominada "Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y pregunte por la Cláusula adicional de LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual Medicare y usted 2025, la sección llamada Costos de Medicare 2025. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). También puede pedir una copia impresa por teléfono 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.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) es $8.90 y la paga Medicare por usted.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Presbyterian

Dual Plus (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Debido a que es doblemente elegible, LEP no se le aplica siempre que usted mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si lo pierde, puede contraer una LEP. La penalización 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 es la cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos con receta médica acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura válida.
- Ha tenido cobertura válida de medicamentos mediante otra fuente como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar 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 usted 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 válidas de medicamentos con receta: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos.

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

- Primero cuente el número de meses totales que se retrasó con la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después que fuera elegible para inscribirse. O

cuente el número de meses completos en los que no tuvo cobertura válida de medicamentos con receta, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes que no haya tenido cobertura válida. 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 el país del año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización y la prima mensual promedio, luego redondee la cantidad a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% por $36.78, lo que equivale a $5.149. Esto se redondea a $5.10. 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 penalización 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 penalización 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 penalización antes de unirse al plan, puede ser que no tenga otra posibilidad de pedir una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su penalización por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre la penalización. Si lo hace, se le podría cancelar la inscripción en el plan por no pagar las primas del plan.

Sección 4.4 Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos

Es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional, que se conoce como la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA, de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados que reportó en sus declaraciones de impuestos de IRS de hace dos años. Si esa 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 https://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 informándolo de cuánto será la cantidad adicional. Se le retendrá la cantidad adicional de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo paga habitualmente 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 se puede pagar 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 obtener más información de cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 La cantidad del Plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan), cada mes pagará la prima de su plan (si tiene) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que le quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 hay más información sobre el Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite que cambiemos la cantidad que cobramos por la prima de plan mensual 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 llega a ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro califica para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda 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 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan que su información esté correcta. **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 actualizada.

Avísenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil
- Si lo ingresaron en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red

- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)
- 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 dirección 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 sus beneficios con cualquier otra cobertura que tenga según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de 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 deba dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (después de que haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. 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 que no están cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

  - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar aún está trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos hay un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, el plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro de responsabilidad civil sin culpa (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:
Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al servicio de atención al cliente de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
LLAMAR	(505) 923-7675 o 1-855-465-7737 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del **1 de octubre al 31** de marzo, y de lunes a viernes (excepto los 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 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del **1 de octubre al 31** de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del **1 de abril al 30 de septiembre**.
FAX	(505) 923-5124

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
ESCRIBIR	**Información de pago y consultas generales:** Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 **Apelaciones, quejas formales y quejas:** Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Attention: Appeals and Grievances Department P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 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 enviar una consulta a servicio al cliente visitando el enlace **Contact Us** (Comuníquese con nosotros) 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 de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o 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 alguno de nuestros proveedores o farmacias dentro de la red, incluyendo una queja por la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información de cómo presentar una queja sobre la atención médica, vea el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Envíe a Servicio al Cliente 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 haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

Tenga en cuenta: Si nos presenta una solicitud de pago y denegamos alguna parte de la 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 encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	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 necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con 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. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa 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: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo* de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 de Medicare. Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores puedan ayudarlo a visitar este sitio web usando la computadora. 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 de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP se llama Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México (New Mexico Aging and Long-Term Services).

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 https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Elija su **ESTADO** de la lista. 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
LLAMAR	1-800-432-2080
TTY	(505) 476-4937 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	https://aging.nm.gov/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Hay una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Nuevo México, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health 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. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, atención del centro de enfermería especializada o del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	**Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Nuevo México) - Información de contacto**
LLAMAR	1-888-315-0636
TTY	711 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd.; Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqui.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social diciendo que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento de cambio de vida, puede llamar al Seguro Social para pedir la reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede 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 necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Turquoise Care (Medicaid)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

Beneficiario calificado de Medicare (QMB): Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para los 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 la Parte A y la Parte B. No pagará nada, excepto los copagos de medicamentos con receta médica de la Parte D.

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 deba pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

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.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Turquoise Care (Medicaid), comuníquese con la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México (New Mexico Health Care Authority), División de Asistencia Médica (Medical Assistance Division).

Método	Autoridad de Atención Médica de Nuevo México, División de Asistencia Médica - Información de contacto
LLAMAR	1-800-283-4465
TTY	711 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Health Care Authority Medical Assistance Division (Turquoise Care/Medicaid) PO Box 2348 Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.hca.nm.gov

El Programa Ombudsman de Nuevo México ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas de servicio y facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Programa Ombudsman de Nuevo México - Información de contacto
LLAMAR	1-866-451-2901
TTY	711 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Human Services Department 2550 Cerrillos Rd. Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	https://aging.nm.gov/long-term-care/ombudsman/program-services

El Programa Ombudsman de atención a largo plazo para ancianos de Nuevo México ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Programa Ombudsman de atención a largo plazo para ancianos de Nuevo México - Información de contacto
LLAMAR	1-866-451-2901
TTY	711 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Rd. Santa Fe, NM 87505-3260
SITIO WEB	http://aging.nm.gov/

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/basics/costs/help/drug-costs) obtiene información de cómo puede disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para personas con ingresos limitados, también hay otros programas de asistencia que se describen abajo.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Como es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- Llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre 8:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree 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 pedir asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya la tiene, para darnos esta evidencia.

- Presbyterian Health Plan cumple la política de Mejor evidencia disponible (BAE) de los CMS. Cuando se aplique la política de BAE, los miembros o una persona que actúe en su nombre, como un farmacéutico, un defensor, un representante o un familiar, podrán presentar la evidencia directamente a Presbyterian Health Plan. Aceptaremos los formularios de evidencia descritos en la política en https://www.cms.gov/medicare/coverage/prescription-drug-coverage-contracting/best-available-evidence-bae. Si un miembro o su representante no tienen evidencia que presentar, Presbyterian Health Plan enviará una solicitud a los CMS para una mayor investigación y determinación. Hasta que no se reciba una determinación de los CMS, no actualizaremos nuestros registros. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. 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, 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 al (505) 827-2435.

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare.

El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos, distribuyéndolos en **pagos mensuales que variarán a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni bajará los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para los que califiquen, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta. Todos los miembros son elegibles

para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes médicos de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecerla. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El Plan de pago de recetas de Medicare - Información de contacto
LLAMAR	505-923-7675 o 1-855-465-7737. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días (excepto los días festivos) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días (excepto los días festivos) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	(505) 923-5124
ESCRIBIR	Presbyterian Health Plan P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489
SITIO WEB	www.phs.org/myPRES

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

La Junta de Jubilación de Empleados 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 de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", 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 necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los teléfonos de servicio al cliente están impresos en la contracubierta de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare según este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta por medio de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta 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 lo que debe saber sobre 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, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener más información sobre la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto).

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

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor dentro de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **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 un plan médico de Medicare, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y debe ofrecer los servicios además de aquellos cubiertos en virtud de Medicare Original.

Por lo general, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté 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.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP dentro de la red debe darle la aprobación por anticipado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Esto se llama darle una remisión. Si desea más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia ni los servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red (autorización previa de nuestro plan) con los mismos costos compartidos que pagaría normalmente dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe 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.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le dé atención y la supervise

¿Qué es un PCP y qué hace el 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. 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 de práctica avanzada u otro profesional médico que cumple los requisitos estatales y tiene la formación necesaria para dar atención médica primaria.

¿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?

Se le pedirá que seleccione un PCP cuando se inscriba en nuestro plan. Puede seleccionar un PCP de cualquiera de nuestros profesionales o proveedores disponibles del plan. 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.

Nuestro *Directorio de proveedores* del plan da una lista completa de los proveedores y los médicos 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 de atención médica 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 (seleccione Proveedores, luego seleccione plan).

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.
- Programe una cita para visitar a su PCP para que pueda conocerlo y empezar 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 de PCP en cualquier momento, por cualquier motivo. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. La elección de PCP puede dar como resultado que esté limitado a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP lo remita.

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.

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 de la lista de abajo sin necesidad de aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de evaluación (radiografías de las mamas), pruebas Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas de la gripe, del COVID-19, de la hepatitis B y de la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencias de proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios necesarios de urgencia con cobertura del plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata, pero no son emergencias, siempre que usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan, o sea irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato dados el tiempo, el donde usted está y sus circunstancias. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios para miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.
- 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.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica por una enfermedad o parte 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.

Además de darle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan.

- Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) no exige remisiones; sin embargo, algunos proveedores pueden exigir una remisión.
- Para algunos tipos de servicios y atención, su proveedor necesitará obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan (esto se denomina obtener una "autorización previa"). Los servicios que necesitan autorización previa se identifican con afirmaciones en negrita en la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Los proveedores dentro de la red deben ayudar a nuestros miembros a obtener una autorización previa.
- Usted es responsable de asegurarse de que el proveedor haya obtenido la autorización previa del plan antes de que reciba la atención o los servicios que la requieren.
    - La elección de PCP puede dar como resultado que esté limitado a especialistas u hospitales específicos a los que ese PCP lo remita.

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

Es posible que hagamos cambios durante el año en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o especialista deja el 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 demos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Nosotros le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si usted ha ido con ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado al proveedor, está recibiendo atención del proveedor actualmente o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red que pueda continuar atendiéndolo.
- Si usted está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción que hay para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor dentro de

la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. 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 especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para manejar su atención.
- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está manejando 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.

Servicios para miembros está disponible para ayudarle a localizar un nuevo especialista o proveedor. Puede acceder a una lista de los proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare o llamar a Servicio al Cliente.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si elige visitar a un médico fuera de nuestra red, debe pagar por estos servicios. Ni nuestro plan ni Medicare Original pagarán por esos servicios, excepto en las situaciones mencionadas abajo.

La atención que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, excepto en las siguientes situaciones:

- Los servicios necesarios de urgencia o de emergencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para saber lo que significan los servicios necesarios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis para los miembros de ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a los proveedores de ESRD contratados.
- Si nuestro plan autoriza el uso de un proveedor fuera de la red.
    - Si nuestro plan autoriza el uso de un proveedor fuera de la red que acepta la tarea de Medicare, el proveedor acordó aceptar su costo compartido y la cantidad pagada por Presbyterian como pago completo.
    - Cuando está fuera de nuestra área de servicio, si opta ver a un proveedor que no participa con Medicare, el proveedor puede cobrarle más por los servicios que reciba. Nuestro plan no tiene la obligación de encontrar un proveedor participante de Medicare para usted y no pagaremos la cantidad adicional que el proveedor fuera de la red le cobre.
- Su PCP o especialista dentro de la red u otro proveedor necesitará ponerse en contacto con nuestro plan para obtener una autorización previa. También necesitará una autorización previa si necesita un servicio que no puede prestarle un proveedor dentro de la red.

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, con un 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, perder el bebé que no ha nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia del estado apropiada, incluso si no son partes de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Llame al Servicio al Cliente para obtener asistencia (el teléfono está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Presbyterian).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de otra manera podría poner su salud en riesgo. 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. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si la atención de emergencia se la dan

proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que proveedores dentro de la red se encarguen de su atención tan pronto como lo permitan su condición médica y las circunstancias.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted visita a un proveedor dentro de la red para obtener la atención adicional.
- – *o* – La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y usted sigue las normas para recibir esa atención de urgencia (para obtener más información al respecto, vea abajo la Sección 3.2).

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

¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio necesario de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato, dados el tiempo, el lugar donde usted está y sus circunstancias. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.

Sabemos que en ocasiones resulta difícil saber qué tipo de atención necesita. Miembros de nuestro plan 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 telefónica programada con un médico (también lo ayuda a usar la telesalud)
- 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 no cubre servicios de emergencia, servicios necesarios de urgencia o ningún otro servicio de atención fuera de Estados Unidos y sus territorios.

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

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

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

Si pagó los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios como están en el Cuadro de beneficios médicos 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. Todas las cantidades que pague después de que se llegue al límite del beneficio no se tendrán en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Nota: Si un servicio no está cubierto por nuestro plan, puede estarlo por Turquoise Care (Medicaid). Comuníquese con la Agencia estatal de Medicaid de Nuevo México (New Mexico State Medicaid Agency) o con su plan médico de Medicaid para obtener información sobre si el servicio está cubierto por Medicaid y cómo obtener los servicios. Nuestro plan no le reembolsará los beneficios cubiertos de Medicaid.

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 para 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 que reúna los requisitos del estudio y entienda bien y acepte lo que se necesita si participa 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 mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio 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 presten la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios por los que sea responsable nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados según las determinaciones de cobertura nacional que exigen cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

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

Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de participar en el estudio.*

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 recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Hospedaje y comida por una estancia en el hospital que pagaría, Medicare 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 nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo 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 de la manera como lo haría si recibiera esos servicios de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 7 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

> Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Supongamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero sería solo $10 por el examen según 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 la factura de un proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo material o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el material o servicio aun si usted *no* estuviera en el estudio.
- Los 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 (CT) mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo necesita una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que habitualmente proporcionen los patrocinadores de la investigación, sin cargo, a cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Quiere obtener más información?

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 está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben 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 no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que generalmente 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 está en contra las creencias religiosas de un miembro, daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe firmar un documento legal que dice que usted conscientemente se opone a recibir tratamiento médico que **no es obligatorio**.

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

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que presta la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esa institución que se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención en el hospital 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 este beneficio se aplican los límites de cobertura del hospital de paciente hospitalizado de nuestro plan. Vea el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 en el título Atención en el hospital de paciente hospitalizado.

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de que haya hecho un número determinado de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. 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 Dual Plus (HMO D-SNP), 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 haya hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, para ser propietario del artículo deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original. Los pagos que se hayan hecho 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.

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 Dual Plus (HMO D-SNP) cubrirá:

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

Si deja Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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)

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos en el que están sus servicios cubiertos como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos

Como recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normas de los planes para recibir su atención. (Vea el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir su atención).

Sección 1.2 ¿Cuánto es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo. No debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare *O* por nuestro plan. Este límite se llama la cantidad de máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es $9,350.

Las cantidades que paga por deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de bolsillo. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo. Esos servicios están marcados con un signo de más (+) en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza la cantidad máxima de bolsillo de $9,350, no tendrá que pagar costos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, 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 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas tiene los servicios que cubre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare se deben prestar según las directrices 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, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para las nuevas personas inscritas, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA podría no exigir autorización previa para cursos activos de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento es un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que le está dando y controlando su atención.
- Algunos de los servicios en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta médica. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios en casa y en la comunidad, atención de largo plazo, sistema de respuesta a emergencias y otros servicios exclusivos de Medicaid.

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin 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 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted está en nuestro plan por un período de cuatro meses de elegibilidad continua atribuida, continuaremos dando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en virtud del Plan Estatal aplicable de Medicaid, ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare para los que el estado sería responsable de otra manera si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. La cantidad que paga por servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período.

No paga nada por los servicios que están el Cuadro de beneficios médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura mencionados arriba.

Información importante de beneficios para los miembros con condiciones crónicas

- Si lo diagnostican con las siguientes condiciones crónicas identificadas abajo y cumple ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios específicos para enfermos crónicos.
    - Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
    - Diabetes
    - Hipertensión
    - Hiperlipidemia
- Si nuestros registros muestran que tiene una o más de las condiciones crónicas de arriba y ha completado una visita anual de bienestar en los últimos doce meses, es elegible para recibir este beneficio.
    - La elegibilidad la determina su plan, y es posible que usted no sea elegible aunque tenga una de estos probelmas médicos.
- Vaya a la fila de Beneficios complementarios específicos para enfermos crónicos en el Cuadro de beneficios médicos de abajo para obtener más información.

- Comuníquese con nosotros para saber exactamente cuáles pueden ser sus beneficios.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Examen médico de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de evaluación 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.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los objetivos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • que dura 12 semanas o más; • no específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con ninguna 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 muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso. 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.	$0 de copago por acupuntura cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) 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 la 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 Acreditación de 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. El personal auxiliar que aplica la 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, para situaciones de emergencia o de otro tipo, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda dar atención solamente si, por la condición médica del miembro, cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si el plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son por una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$0 de copago por servicios de ambulancia terrestre y aérea médicamente necesarios. No se exige autorización previa para el transporte al centro apropiado más cercano durante una emergencia.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar 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: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses desde su visita preventiva de *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 la Parte B por 12 meses.**	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.	No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen médico de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para 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, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia de enfermedades cardiovasculares.
Chequeo de enfermedad cardiovascular Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Pruebas 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 una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación de la columna para corregir una subluxación	$0 de copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio quiropráctico de rutina. 25 visitas de rutina al año

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios quiroprácticos (continuación) • 25 visitas de atención quiropráctica de rutina por año calendario. Los servicios quiroprácticos de rutina cubren el tratamiento crónico o por subluxación en áreas fuera de la columna vertebral que incluyen la cabeza, las extremidades superiores e inferiores, la caja torácica y el abdomen.	
Examen de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene limitación mínima ni máxima de edad y está cubierta una cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de evaluación o un enema de bario anterior. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente tuvo una colonoscopia de evaluación. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluyendo los enemas de bario por los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Examen de cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último examen de enema de bario o la última colonoscopia de cribado. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible que no tienen alto riesgo y son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último examen de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. Si una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare da un resultado positivo, se hará una colonoscopia de detección de seguimiento.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes como preparación para el tratamiento de radiación por cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales antes del trasplante de riñón. Además, cubrimos: **Preventivo (básico):** • Exámenes bucales • Limpieza • Tratamiento con flúor • Radiografías odontológicas	$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios dentales preventivos e integrales que no están cubiertos por Medicare, que pueden usarse para comprar dentaduras postizas. $3,000 de límite anual combinado preventivo e integral que no está cubierto por Medicare. Varios servicios no están cubiertos en ninguna circunstancia, como los implantes dentales. Es responsable del 100% de los costos de los servicios excluidos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios dentales (continuación) **Servicio integral:** • **Dentaduras postizas cubiertas cada 5 años** • Servicios de restauración • Extracciones • Servicios de periodoncia • Cirugía bucal de prostodoncia • Servicios maxilofaciales • Evaluación bucal periódica, exámenes bucales extensos 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 por lugar. • Tratamiento paliativo. • Profilaxis, con aumento en presencia de inflamación gingival generalizada, moderada o grave, boca completa: 2 cada 12 meses. • Procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa): 4 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 intraoral oclusal: 2 cada 24 meses. Los meses son consecutivos y no por año calendario.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Evaluación de depresión Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.
Examen médico de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses, después de la fecha de su último examen médico de diabetes.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el manejo de su propia diabetes, servicios y suministros para diabéticos* Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que usan insulina como los que no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. o Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas o Limitado a productos Accu-Chek	$0 de copago por capacitación para el manejo de su propia diabetes, suministros, calzado o plantillas para diabéticos y monitores continuos de glucosa (CGM). Las tiras de prueba y lancetas estándar tienen un límite de 300 para 90 días, para miembros que no sean insulinodependientes; y 600 para 90 días, para miembros que sean insulinodependientes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Capacitación para el manejo de su propia diabetes, servicios y suministros para diabéticos* (continuación) • 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 (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el manejo de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. • Monitores continuos de glucosa (CGM) o Limitado a los productos Freestyle Libre	
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.	$0 de copago por equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados. Sus costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare son de $0 cada 36 meses. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) usted había pagado 36 meses de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, sus costos compartidos en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) son $0 de copago.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Generalmente, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 Dual Plus (HMO D-SNP) 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, 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)*.	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	$0 de copago por servicios de atención de emergencias.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia (continuación) 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 necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, perder el bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido por servicios de emergencias necesarios prestados fuera de la red es el mismo para esos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia no está cubierta fuera de Estados Unidos.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención de paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado la condición de emergencia, debe recibir la atención de paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Fitness - Membresías de gimnasio de Healthways 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 tiene cubierto un beneficio de fitness por medio de SilverSneakers en línea y en los centros participantes[1]. Tiene acceso a la red nacional de centros participantes donde puede tomar clases[2] y usar el equipo para ejercicio y otros servicios. Inscríbase en todos los centros que quiera, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dan clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas en persona y en línea, los siete días de la semana.	$0 de copago por servicios de fitness con los gimnasios Healthways SilverSneakers®.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Fitness - Membresías de gimnasio de Healthways SilverSneakers® (continuación) Además, SilverSneakers Community le da opciones para que haga actividades fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares del barrio. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea por medio de clases en vivo de SilverSneakers, videos a demanda de SilverSneakers y la aplicación para dispositivos móviles SilverSneakers GO. Su membresía de SilverSneakers también le da GetSetUp[3], con cientos de clases en línea interactivas para despertarle interés en temas como cocina y nutrición, tecnología y juegos para el cerebro. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las características del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene más preguntas, vaya a SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET. **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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Fitness - Membresías de gimnasio de Healthways SilverSneakers® (continuación) 3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo, y no es operado por Tivity Health, Inc. ("Tivity") ni sus afiliadas, que tampoco son sus propietarias. Los usuarios deben tener servicio de internet para acceder al servicio de GetSetUp. Las tarifas del servicio de internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se cobren tarifas para acceder a determinadas clases o funciones de GetSetUp. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	
Programas de educación para la salud y bienestar Cubrimos una variedad de programas de asesoramiento de educación médica para ayudarlo a tomar una parte activa en la protección y la mejora de su salud, incluidos los programas para las condiciones médicas crónicas. Estos programas se centran con 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 el tabaco	$0 de copago por programas de información de salud y bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Programas de educación para la salud y bienestar (continuación) Para obtener más información sobre nuestra orientación para la formación de la salud, clases, programas y materiales, comuníquese con Servicios para miembros al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711).	
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Examen de la audición: • Un (1) examen de audición al año Audífonos • Hasta dos (2) aparatos auditivos de la marca TruHearing (uno por oído cada 2 años). El beneficio se limita a los aparatos auditivos Standard de la marca TruHearing, que vienen en varios estilos y colores, y a una lista de medicamentos cubiertos (formulario) limitada de aparatos auditivos de los principales fabricantes (la "Lista de medicamentos cubiertos, Formulario, de DSNP"). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para aprovechar este beneficio. Llame al 1-833-759-6823 para programar una cita (para TTY, marque 711). **La compra de audífonos incluye:** • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por 3 años	$0 de copago por los servicios de audición cubiertos por Medicare. $0 de copago por 1 examen de rutina de la audición. $0 de copago por hasta dos (2) aparatos auditivos de la marca TruHearing (uno al año cada 2 años). Limitado a $2,000 cada 2 años.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de audición (continuación) • 80 baterías por audífono (para modelos no recargables) **El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:** • Aparatos auditivos de venta libre (OTC) • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Aparatos auditivos que no sean los Standard de la marca TruHearing o que no estén en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del DSNP • 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 los audífonos no están sujetos al máximo de gastos de bolsillo.	
Prueba de detección del VIH Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que tienen más riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de una agencia de atención médica en casa* 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 casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica en casa, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en casa combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Presbyterian Home Health presta los servicios de atención médica en casa. Si se prefiere otra agencia, esa agencia necesita ser parte de la red de Presbyterian y los servicios requieren autorización previa mediante el Presbyterian Health Plan. **Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:** • Cuidado de compañía • Asistente de atención personal • Servicios de atención personal (Personal care services, PCS) **Nota:** • Un asistente de atención médica en casa no puede dar los servicios por su cuenta; un enfermero necesita estar presente.	$0 de copago por atención de una agencia de atención médica en casa.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de una agencia de atención médica en casa* (continuación) • Tanto el enfermero como el asistente se consideran intermitentes y eso significa que están allí para los servicios necesarios (como cuando el asistente de atención médica en casa ayuda con un baño) y no se quedan para ayudar con la atención supervisada. Enfermería especializada significa que usted necesita un enfermero para cosas como el cuidado de heridas, el cuidado de catéteres, los cambios de medicamentos, etc.	
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, entre otros: • 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 • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa	$0 de copago por terapia de infusión en casa si se factura a por medio de una agencia de atención en casa.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados de hospicio Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Debe recibir atención de un programa de hospicio 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 la organización MA tiene, controla o en los que tiene un interés económico. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro 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 casa <u>Por servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio sus servicios de hospicio relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. <u>Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita los servicios que no sean de urgencia ni de emergencia que están 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 usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito de	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). $0 de copago por una consulta de hospicio antes de haber elegido hospicio. $0 de copago por los servicios de las Partes A y B no relacionados con su pronóstico terminal. $0 de copago por los servicios cubiertos por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) que no están cubiertos por Medicare. Usted paga la cantidad de costos compartidos de su plan por los medicamentos de la Parte D.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados de hospicio (continuación) obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las normas del plan para recibir el servicio, usted solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según "Pago por servicio" de Medicare (Medicare Original) Para los servicios que están cubiertos por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que estén sin cobertura por la Parte A o B, estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios. 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. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio 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?).* **Nota:** Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna de la neumonía • Vacunas de la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales de la gripe, si es médicamente necesario. • Vacunas de la hepatitis B, si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Vea el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información. • 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. **Se aplican algunas restricciones para las vacunas e incluye, entre otros:** • Vacuna contra la gripe de alta dosis	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, gripe, hepatitis B y COVID-19. Las inyecciones contra la gripe de alta dosis no están cubiertas para los miembros menores de 65 años.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un hospital para pacientes ingresados* Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital de largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital de paciente hospitalizado empieza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos 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 por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ingresados • En 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 lo examine un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de	Usted paga por período de beneficios de Medicare Original. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). 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. $0 de copago cada día por los días 1-90. $0 de copago cada día a partir del día 91 en adelante. No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica. Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un hospital para pacientes ingresados* (continuación) servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si nuestro plan da servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta usada. • Servicios prestados por un médico **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte 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, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un hospital para pacientes ingresados* (continuación) Si lo ingresan en el hospital o en un centro de enfermería especializada y no le dan el alta hasta algún momento del año siguiente, sus costos compartidos se basarán en el año en que haya ingresado.	
Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital.	Usted paga por período de beneficios de Medicare Original. Un período de beneficios comienza el día que ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). 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. $0 de copago cada día por los días 1-90. $0 de copago cada día a partir del día 91 en adelante. No hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica. Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Estancia de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que se reciban en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia no cubierta de paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia de paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Servicios prestados por un médico • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluyendo todo el material 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 (incluyendo el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluyendo 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	$0 de copago por los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado. Si los servicios no son médicamente necesarios, usted puede ser responsable al 100% de los costos totales.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Beneficios de comidas Este programa está diseñado únicamente para que se mantenga sano y fuerte mientras se recupera después de la transición de una estancia como paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Un médico o una persona que no sea médico debe coordinar las comidas como parte de la planificación de su alta. Nuestro plan informará a Meals on Wheels y ellos se comunicarán con usted para programar la entrega de comidas.	Usted paga $0 de copago por cada comida, hasta 20 comidas durante los 30 días después de una estancia en el hospital o SNF como paciente hospitalizado.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no en 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 la 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare. Es posible que sea responsable del 100% del costo total de los servicios no cubiertos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de nutrición médica (continuación) **Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:** • El tratamiento de pérdida de peso está incluido, pero no se limita a: o Suplementos alimenticios o Programas de pérdida de peso y de ejercicio o Medicamentos o Grupos de autoayuda	
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare según todos los planes médicos de Medicare. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos 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.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta 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 por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	$0 de copago por quimioterapia y otros medicamentos con receta de la Parte B. Algunos medicamentos de la parte B también podrían estar sujetos a requisitos de terapia escalonada. Para la insulina administrada por medio de DME (p. ej., bombas de insulina), los

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra y que se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital o de centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que el plan autorizó. • El medicamento para Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su médico de los escaneos y las pruebas que pueda necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Medicamentos por trasplantes/ inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos por trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Deberá tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y deberá tener la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para osteoporosis si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento	costos compartidos están sujetos a un máximo de coseguro de $35 por el suministro de insulina para un mes, y no se aplican los deducibles del plan.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y si una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión adecuada • Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos por vía oral contra el cáncer que se toman por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un promedicamento (forma oral de un medicamento que, cuando se consume, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) de un medicamento inyectable. A medida que haya disponibles nuevos medicamentos por vía oral contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos por vía oral contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos por vía oral contra las náuseas que tome como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer, si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas de la quimioterapia o si se usan como reemplazo terapéutico total de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos por vía oral para la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento por vía oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina si es médicamente necesario, y anestésicos tópicos	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) • 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). La 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 la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) 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.	
Línea de orientación de enfermería – PresRN Tiene acceso a PresRN, una línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluyendo feriados. Llame a nuestros enfermeros registrados (RN) con amplia experiencia, para obtener respuesta a sus preguntas y preocupaciones de salud, al (505) 923-5573 o al 1-800-887-9917. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 3.2.	Sin cargo
Pruebas y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible por evaluación de obesidad y terapia preventiva.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
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) • Orientación por trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	$0 de copago por servicios de tratamiento de opioides.
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • 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 solo comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Evaluaciones y pruebas de alergias • Inyecciones para alergias	$0 de copago por cada prueba de diagnóstico y servicio y suministro terapéutico de pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios

Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* (continuación)
• 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
• Ultrasonidos
• 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.	

Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios ambulatorios de hospital que se prestan para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del	$0 de copago por cada servicio de observación hospitalaria ambulatoria cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital (continuación) hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte 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, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios en el hospital 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, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital	$0 de copago por cada servicio de hospital ambulatorio cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios* (continuación) • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin eso • Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted mismo no se puede dar **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte 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, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de salud mental de pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan 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.	$0 de copago por cada visita de salud mental cubierta por Medicare.
Servicios ambulatorios de rehabilitación* 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).	$0 de copago por cada sesión de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios por trastornos por consumo de sustancias prestados por un psiquiatra o un médico autorizados por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero de práctica avanzada, un asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables. Prestamos servicios de tratamiento y orientación para diagnosticar y tratar el trastorno por consumo de sustancias, cuya cobertura incluye: • 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.	$0 de copago por las sesiones individuales y de grupo para pacientes ambulatorios con trastornos por consumo de sustancias cubiertas por Medicare.
Operaciones ambulatorias, incluyendo servicios prestados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria* **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio.	$0 de copago por día por cada operación cubierta por Medicare hecha en un centro de cirugía ambulatoria (CCA). $0 de copago por día por cada operación en hospital de paciente ambulatorio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Material médico de venta libre Usted es elegible para $200 por trimestre en una tarjeta de prepago para comprar medicamentos de venta libre (OTC) y otro material médico relacionado con la salud. Material médico y productos OTC aprobados están disponibles por catálogo y en línea. • Cualquier cantidad no usada se traslada de un trimestre al siguiente, pero se debe usar antes del final del año calendario. • Los artículos OTC se pueden comprar en línea, por medio de pedido por correo o en tiendas participantes. **Hay restricciones de los artículos que están cubiertos. Para obtener más información sobre OTC y pedidos en línea visite http://mypres.phs.org o llame al 1-866-757-2043.**	Sin cargo Usted es responsable de cualquier cantidad gastada que exceda la asignación trimestral/anual.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio ambulatorio en el hospital o por medio de un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o del consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización como paciente ingresado.	$0 de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios (continuación) El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro médico calificado a nivel federal o una clínica médica rural, que es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o del consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que una hospitalización parcial. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	
Servicios de médico/proveedor de atención, incluyendo 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 de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud por visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros con diálisis en casa, en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso	$0 de copago por cada visita al proveedor de atención primaria (PCP), especialista y telesalud.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde se encuentre • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde estén • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Usted tiene una visita en persona en un 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 no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días **y** o La consulta breve no da lugar a una consulta en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) • 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 da lugar a una consulta en la clínica dentro de un 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 o Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de la operación o Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación 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 cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico)	
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) • Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$0 de copago por cada servicio de podología cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio de rutina de podología.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Pruebas de diagnóstico de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.
Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros pruebas, ajuste o capacitación sobre el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; y también: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía; marcapasos; ortesis; zapatos ortopédicos; extremidades artificiales; y prótesis mamarias (incluyendo un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos y su reparación o reemplazo. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; consulte **Atención de la vista** más adelante en esta sección para obtener más información.	$0 de copago por dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados.
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 grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Examen físico de rutina Las pruebas físicas de rutina están cubiertas si el examen es médicamente apropiado, y la atención preventiva se hace según las normas profesionales de práctica generalmente aceptadas. • Limitado a uno (1) al año	No hay coseguro, copago, ni deducible por un examen físico de rutina.
Servicios de transporte de rutina El transporte de rutina para los servicios relacionados con la salud de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan está cubierto hasta un máximo de 50 viajes sencillos por año calendario. Se necesita la aprobación del plan para viajes de más de 100 millas. Para coordinar este beneficio de transporte comuníquese con nuestro colaborador de transportes llamando al (505) 923-6300 o llamando sin costo al 1-855-774-7737. Se necesita un aviso con 48 horas de antelación para programar un viaje.	$0 de copago por los servicios de transporte de rutina cubiertos por el plan.
Evaluación y orientación para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que consumen 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen médico cubierto por Medicare y orientación por el beneficio preventivo para disminuir el abuso de alcohol.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas de entre 50 y 77 años sin señales ni síntomas de cáncer de pulmón, que tengan historia de haber fumado tabaco por al menos 20 años y que actualmente fumen o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden de un médico o un profesional no médico calificado para un LDCT durante una visita de orientación sobre el examen médico de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla los criterios de Medicare sobre de dichas visitas. En el caso de los exámenes médicos mediante LDCT para cáncer de pulmón después del examen médico inicial mediante LDCT: el miembro debe recibir una orden para un examen médico mediante LDCT para cáncer de pulmón, que se puede dar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un proveedor no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas con más riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones de 20 a 30 minutos de orientación conductual de alta intensidad, en persona, cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación por el beneficio preventivo de STI.
Servicios para tratar enfermedades de los riñones* Los servicios cubiertos incluyen: • 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 los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de por vida. • 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)	$0 de copago por servicios de información sobre las enfermedades de los riñones $0 de copago por tratamiento de diálisis.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar enfermedades de los riñones* (continuación) • Tratamientos de diálisis de pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para diálisis por usted mismo (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua cuando sea necesario) 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**.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Para obtener una definición de atención en centro de enfermería especializada, vea el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo 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).	\$0 de copago por día para los días 1-100. Usted está cubierto hasta por 100 días en SNF. Usted es responsable del 100% de los costos totales desde el día 101 en adelante por período de beneficios de Medicare original. Un período de beneficios de Medicare original comienza el día que ingrese en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos empezando con la primera pinta que se haya usado. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Radiografías 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/proveedor de atención primaria Generalmente, recibirá la atención de SNF de clínicas de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda obtener la atención de un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos que paga nuestro plan. • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital.	especializada en un SNF) por 60 días seguidos.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Fumar y dejar de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y consumir tabaco) Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación 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 orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación por dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Nuestro plan ofrece una herramienta digital para dejar la nicotina, para ayudarlo a superar los retos de la adicción a la nicotina. Puede visitar https://neuroflow.app.link/PHP123 para registrarse y tener acceso a la herramienta digital. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información. **Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar:** No hay límites en el número de sesiones de asesoramiento en persona o por teléfono.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos - Beneficio de comestibles Los miembros que tengan una o más condiciones que califiquen y que completen una visita anual de bienestar en los últimos 12 meses recibirán $125 por trimestre para gastar en comestibles.	Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos - Beneficio de comestibles (continuación) Las condiciones que califican son: • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) • Diabetes • Hipertensión • Hiperlipidemia Los dólares para comestibles se añaden a su tarjeta de venta libre (OTC) existente. Los fondos vencen al final del año calendario (12/31).	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Estar compuesto por sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio por PAD en pacientes con claudicación. • Hacerse en un centro hospitalario ambulatorio o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicios por PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.	$0 de copago por cada sesión de tratamiento SET cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Servicios necesarios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio necesario de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o, incluso si está dentro del área de servicio del plan, y es irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato, dados el tiempo, el lugar donde usted está y sus circunstancias. Su plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente. Los servicios necesarios de urgencia no están cubiertos fuera de Estados Unidos ni sus territorios.	$0 de copago por cada servicio necesario de urgencia.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo 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 con 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 • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular (Si tiene dos operaciones separadas de cataratas, no podrá reservarse el beneficio después de la primera operación y comprar dos anteojos después de la segunda operación). **Atención de rutina de la vista** • Un (1) examen de rutina de la vista por año calendario • Asignación de $275 cada año para anteojos graduados, para monturas, lentes, lentes de contacto y ajustes de lentes de contacto cuando los proporcione un proveedor dentro de la red.	$0 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare. $0 de copago por cada examen de la retina para diabéticos y examen médico de glaucoma cubiertos por Medicare. $0 de copago por anteojos cubiertos por Medicare para después de la operación de cataratas. $0 de copago por un (1) examen de rutina de la vista por año calendario. $0 de copago por anteojos graduados. Usted deberá pagar el 100% los costos totales que superen la asignación de $275.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando reciba estos servicios
Visita preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, y educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesite (incluyendo ciertos exámenes médicos y vacunas) y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solamente en los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare"

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Los servicios *sin* cobertura por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

En algunos casos, Turquoise Care (Medicaid) cubre material médico o los servicios excluidos por Medicare. Para obtener más información sobre los beneficios de Turquoise Care, llame a Servicio al Cliente.

También puede consultar su Manual del miembro de Turquoise Care para obtener información sobre los servicios que no están cubiertos por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), pero sí por medio de Turquoise Care.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), pero están disponibles por medio de Medicaid:

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios que *no están* cubiertos por el plan

En esta sección está qué servicios están excluidos de Medicare.

En el cuadro de abajo se describen algunos servicios y objetos que no están cubiertos por el plan en ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo en 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, no se cubrirán los servicios excluidos 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 de no cubrir un servicio médico, vea el Capítulo 9, Sección 6.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una parte malformada 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.
Cuidado de compañía El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudarlo con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios dentales que no están cubiertos, como implantes y servicios asociados, servicios cosméticos y de TMJ, sobredentaduras o dentaduras parciales unilaterales, injertos óseos o regeneración de tejidos, hemisección, servicios preventivos o de diagnóstico no listados, ortodoncia, recubrimientos pulpares o regeneración pulpar.	**No están cubiertos en ningún caso**	
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 en 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 hechos por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	**No están cubiertos en ningún caso**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	**No están cubiertos en ningún caso**	
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en casa, como limpieza de la casa y preparación de alimentos ligeros.	**No están cubiertos en ningún caso**	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternos)	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Atención dental que no es de rutina		• La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**No están cubiertos en ningún caso**	
Habitación privada en un hospital		• Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	**No están cubiertos en ningún caso**	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente		• El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de la operación de cataratas.
Atención de rutina de los pies		• Cierta cobertura limitada que se proporciona de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Los servicios que se considere que no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
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)	**No están cubiertos en ningún caso**	
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 el Cuadro de beneficios médicos	**No están cubiertos en ningún caso**	
Terapia de quelación	**No están cubiertos en ningún caso**	
Consultas por beneficios no cubiertos	**No están cubiertos en ningún caso**	
Medicamentos que no cumplen con la definición de medicamentos de la Parte B o la Parte D	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
Artículos y anteojos con receta de rutina		Las cantidades cubiertas hasta la asignación de beneficio de $275 establecida.
Terapia de masajes		Excepto cuando lo hace un fisioterapeuta según las directrices de CMS.
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	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Medicamentos con receta médica para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia	**No están cubiertos en ningún caso**	
Reemplazo de medicamentos por pérdida, robo, daño o destrucción		Excepto durante un estado declarado de desastre o emergencia
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
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	**No están cubiertos en ningún caso**	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están 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.
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	**No están cubiertos en ningún caso**	
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 los medicamentos con receta de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Como es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como está en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que cierta información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un documento por separado, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura, para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también denominada “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que describe 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). (Los teléfonos de servicio al cliente están impresos en la contracubierta de este documento).

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.

Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos con receta médica están cubiertos para usted de acuerdo con los beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le explica cómo averiguar qué medicamentos cubre Medicaid.

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que 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 usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta. (Vea la Sección 2 en este capítulo.) O puede surtir su receta por medio del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) (la llamamos la "Lista de medicamentos”) del plan. (Vea la Sección 3 en este capítulo.)
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la

Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldada por ciertas referencias. (Vea la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Su medicamento puede necesitar aprobación antes de que lo cubramos. (Vea la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias dentro 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 dentro de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias dentro de la red

¿Cómo buscar una farmacia dentro 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 usando 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 centro de atención residencial) 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 Servicios para miembros.
- Las farmacias que sirven el Programa de salud de indígenas/de salud tribal/salud de indígenas 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 ciertos lugares o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores* (www.phs.org/Medicare) o llame al Servicio al Cliente.

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

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o de largo plazo.

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

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

Costo compartido estándar 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.

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 a Servicios para miembros y hacer una solicitud única para que le surtan su receta en una farmacia.

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

Resurtidos en recetas enviadas por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado Programa de resurtido automático (Automatic Refill Program). 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 resurtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted podrá cancelar los nuevos resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si ha cambiado su medicamento.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero quiere que la farmacia de pedido por correo le siga enviando su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se termine su receta actual. Esto permitirá asegurarse de que se envíe su pedido a tiempo.

Para dejar de participar en el Programa de resurtido automático que prepara automáticamente los resurtidos por correo, comuníquese 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. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda o envíenos un correo electrónico a info@phs.org.

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

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. En su Directorio de proveedores (www.phs.org/Medicare) están las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a servicio al cliente para obtener más información

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Vea 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 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, tenemos farmacias dentro de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas 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 los medicamentos con receta surtidos en las farmacias 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 preste servicios 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 tiene que 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 pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo pedirle al plan el reembolso).

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 tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). En esta Evidencia de cobertura, **la llamamos la Lista de medicamentos para abreviarlo**.

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

La lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted según los beneficios de Medicaid. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta según sus beneficios Medicaid comunicándose con su plan médico de Medicaid o con la Autoridad de Atención Médica de NM (Medicaid) que se menciona en el Capítulo 2 de este documento. Es posible que su plan médico de Medicaid o la Autoridad de Atención Médica de NM (Medicaid) también le dé una Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid que le informe sobre cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos del plan siempre que siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y que el uso del medicamento sea para 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 American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos cubiertos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que puede incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos normales. 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 que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y generalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Vea en el Capítulo 12 las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos cubiertos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan tan bien como estos últimos. Para obtener más información llame a Servicio al Cliente.

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

Además de los medicamentos que cubre la Parte D, algunos medicamentos con receta médica están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta según sus beneficios Medicaid comunicándose con su plan médico de Medicaid o con la Autoridad de Atención Médica de NM (Medicaid) que se menciona en el Capítulo 2 de este documento. Es posible que su plan médico de Medicaid o la Autoridad de Atención Médica de NM (Medicaid) también le dé una Lista de medicamentos cubiertos de Medicaid que le informe sobre cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre esto, vea la Sección 7.1 de 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, vea el Capítulo 9.

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

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cinco niveles de costos compartidos. 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 de la Parte D).

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

Tiene cuatro maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que le damos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos dada. Si uno de sus medicamentos no está listado en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o ponerse en contacto con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos).
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.
4. Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (disponible mediante su cuenta de myPRES en https://mypres.phs.org o llamando a servicio al cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un cálculo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en dicha lista que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay 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; tableta 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, generalmente 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 quiere que nosotros no apliquemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Nosotros podemos aceptar hacer la excepción o no. (Vea el Capítulo 9)

Debe obtener la aprobación del plan por anticipado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le conoce como **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 esa autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Debe probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente igual de efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le pida que primero pruebe el Medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento diferente se llama **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 normalmente se considera seguro tomar únicamente una píldora por día de cierto medicamento, limitaremos la cobertura de su receta 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 en las que 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 (formulario) o que sí 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 quiere 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.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como 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.

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 **108 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 **108 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para dar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia dentro de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica de largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 108 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 particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del suministro temporal que se muestra arriba.

- **Cambio del nivel de atención:**

  Los miembros pueden experimentar cambios no planeados en el nivel de atención, por ejemplo, cuando se les da de alta o se los admite en un centro de LTC, hospital, centro 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.

- **Tenga en cuenta:** Nuestra política de transición solo se aplica a aquellos medicamentos que son "Medicamentos de la Parte D" y se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que califique para un acceso fuera de la red.

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. También puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 está lo que debe hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

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 para que usted pague menos. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5, nivel de especialidad, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido por 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 la versión genérica del medicamento.**

- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico. Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Vea en el Capítulo 12 las definiciones de los tipos de medicamentos que tratamos en este capítulo.

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 cubiertos en línea. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos cubiertos y cuándo recibirá un aviso directo si se hacen cambios para un medicamento que esté tomando.

Los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos cubiertos que lo afectarán durante el año actual del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos cubiertos y eliminar inmediatamente o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos.**
  - Cuando se agregue una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos cubiertos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios inmediatos solo si estamos agregando una nueva versión genérica de una marca o agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos cubiertos.
  - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarlo después, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o al que estamos haciendo cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos cubiertos y quitar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos cubiertos con aviso previo.**
  - Cuando se agregue otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos cubiertos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos

cubiertos, trasladarlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y tendrá las mismas o menos restricciones.

- Haremos estos cambios solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregando ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos cubiertos.
- Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le avisaremos del cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Quitar los medicamentos que no son seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos 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, le avisaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando después de que haya empezado el año. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le avisaremos del cambio y cubriremos otro surtido para 30 días del medicamento que esté tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su proveedor que receta sobre las opciones que más le convendrían, incluyendo el cambio a un medicamento diferente para tratar su condición, o pedir una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando. Usted o su proveedor que receta pueden pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información de cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, vea el capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos cubiertos que no lo afectan durante este 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.
- Añadimos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si hay alguno de estos cambios para 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 de arriba), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte de los costos compartidos hasta el 1 de enero del siguiente año.

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?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le muestra qué tipos de medicamentos con receta están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluye según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión vea el Capítulo 9). Si el medicamento que excluye nuestro plan también lo excluye Medicaid, debe pagarlo usted.

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 que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado de un medicamento cuando dicho uso no esté respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. El uso no aprobado es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las categorías de medicamentos abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos que se usan para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso

- Medicamentos para pacientes ambulatorios que el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se hagan exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos cubiertos del plan o llame a Servicio al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). No obstante, si usted recibe cobertura de medicamentos por medio 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 Proporcione su información de la membresía

Para surtir su receta, dé en la farmacia dentro de la red que elija la información de la membresía del plan, que está en su tarjeta de membresía. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de gastos compartidos de su medicamento. Deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando recoja su receta.

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

Si no lleva la información de su membresía del plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga pagar el costo total del medicamento con receta cuando usted vaya a recibirlo.** (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vea el Capítulo 7, Sección 2 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 ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. 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 LTC, puede obtener sus medicamentos con receta por medio de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores* en (www.phs.org/Medicare) para saber si la farmacia del LTC o la que usan 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 por medio 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 mediante su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta 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 válida:

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 de grupo es válida, 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 de Medicare.

Guarde estos avisos sobre cobertura acreditable ya que los podría necesitar 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 este aviso para comprobar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de la cobertura válida, pida una copia a su empleador, al administrador de beneficios del plan de jubilados o al 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 (por ejemplo, contra las náuseas, laxantes, analgésicos o contra la ansiedad) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso 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 nuestro plan debería cubrir, 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 le dieran el 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 cerciorarse de que están obteniendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. 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 similar para tratar la misma condición
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo 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 no seguras de medicamentos opioides para el dolor

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 (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores que recetan o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus proveedores que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus proveedores que recetan, si decidimos que el uso que haga de

opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que pueda obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta en ciertas farmacias
- Exigir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de ciertos proveedores que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le dirá si limitaremos la cobertura de esos medicamentos para usted o si tendrá que obtener las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores que receta 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 decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva 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 manejo de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de Manejo de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, 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 tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura, pueden obtener servicios por medio de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán con usted una revisión completa 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 sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve 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, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta médica de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para "Ayuda adicional" de Medicare y la están obteniendo para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta médica. Si está en el programa de "Ayuda adicional", **es posible que cierta información en esta Evidencia de cobertura relacionada con los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D no aplique a usted.** Le enviamos un documento por separado, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura, para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también denominada "Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que describe 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 Use este capítulo junto con otro material que explique la cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra 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. Según lo explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos que se excluyen de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o bajo Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas normas se explican el Capítulo 5, Secciones 1 a 4. Cuando usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real" para buscar la cobertura de medicamentos (vea el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra es en "tiempo real", lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para darle un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información que da la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a servicio al cliente.

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 **costo compartido** y hay tres maneras como pueden pedirle que la pague.

- El **deducible** es la cantidad que usted 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 se incluyen en sus gastos 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 los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa del deducible
  - La etapa de cobertura inicial
- 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 **usted** hace estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **ciertas otras personas u organizaciones** los hicieron en su nombre**.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar, por organizaciones de beneficencia, por Programas de asistencia para medicamentos contra el sida, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program) certificado por Medicare, por los planes médicos del empleador o del sindicato, TRICARE o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare también se incluyen.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de $2,000 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos 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 los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean 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 por Medicare.
- Pagos que hace por los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos que hace la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos que hacen terceros con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación de los trabajadores).
- Pagos hechos por los fabricantes de medicamentos según el Programa de descuentos del fabricante (Manufacturer Discount Program)

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 reporte de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibió incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance $2,000, este informe le dirá que ya salió de la Etapa de cobertura inicial 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 que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). 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 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

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 y de los pagos que ha hecho cuando obtiene sus surtidos o nuevos surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle 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. Esto se llama costo **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos que hicieron familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos por medio de la “Ayuda adicional” de Medicare, planes médicos del empleador o del sindicato, TRICARE, Servicio de Salud para Indígenas, Programas de asistencia para medicamentos contra el sida, organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos.** Es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le han surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una 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 disponibles de costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menos costos compartidos para cada reclamo de medicamento con receta, si corresponde.

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 hace por sus medicamentos, usamos 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 sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
  - Cuando hace 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, vea 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 que haga un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el reporte por 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 en el reporte o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente. También puede obtener copias iniciando 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

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el documento separado, (el Cláusula adicional LIS) para obtener información sobre su cantidad deducible.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de 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 $590 para el año 2025. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluyendo las vacunas del herpes zóster, el tétanos y para viajes. El **costo total** generalmente es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias dentro de la red.

Cuando ha pagado $590 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 cubiertos y usted paga su parte (la cantidad del 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

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los cinco niveles de costos compartidos. 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.
  - Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
  - Usted paga $35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- 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 que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Vea 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 medicamentos con receta, vea el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores* del plan www.phs.org/Medicare.

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 siguiente cuadro, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

	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)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)
Medicamentos genéricos* (Medicamentos genéricos) (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos)			
LIS Categoría 1	$4.90	$4.90	$4.90
LIS Categoría 2	$1.60	$1.60	$1.60
LIS Categoría 3	$0	$0	$0

Usted no pagará más de $35 por un suministro hasta para un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, aun si no ha pagado su deducible.

Vea la Sección 8 de este capítulo para obtener más información de las vacunas de la Parte D.

	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)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)
De marca* (Medicamentos de marca) (incluso medicamentos genéricos tratados como de marca)			
LIS Categoría 1	$12.15	$12.15	$12.15
LIS Categoría 2	$4.80	$4.80	$4.80
LIS Categoría 3	$0	$0	$0

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 para 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 recete, y a su farmacéutico que surta, menos de un suministro para el mes completo de sus medicamentos si eso lo ayuda 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 para el 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. Calcularemos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la 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.

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

Para los miembros que califican para la "Ayuda adicional", paga:

Nivel	**Costos compartidos estándar de farmacia (dentro de la red)** (suministro para 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para 90 días)
Medicamentos genéricos* (Medicamentos genéricos; incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)		
LIS Categoría 1	$4.90	$4.90
LIS Categoría 2	$1.60	$1.60
LIS Categoría 3	$0	$0

Usted no pagará más de $105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costos compartidos, aun si no ha pagado su deducible.

Nivel	Costos compartidos estándar de farmacia (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 90 días)
Marca* (Medicamentos de marca; incluyendo los medicamentos genéricos tratados como de marca)		
LIS Categoría 1	$12.15	$12.15
LIS Categoría 2	$4.80	$4.80
LIS Categoría 3	$0	$0

*Determinados medicamentos solo pueden estar disponibles para ciertas farmacias en un suministro de hasta 34 días. Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicios para miembros.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance $2,000. Entonces pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Usted se mantiene en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los $2,000. Entonces pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

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 a lo largo del año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,000 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si no cubre esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Vea la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan llegado al límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas según la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, aun si no ha pagado su deducible. Vea la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información de la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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 **ponerle la vacuna**. (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

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

1. **Si la vacuna la recomienda para adultos una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D las recomienda ACIP y son sin costo para usted.
2. **Donde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna se puede suministrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **¿Quién le administra la vacuna?**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede poner la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede ponerla 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 de la **etapa de pago de medicamentos** 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 pedir a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, eso significa que se le reembolsará todo el costo que usted pagó.

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.

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

Situación 1: Recibirá la vacuna de la Parte D en la farmacia dentro de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.
- Para las otras vacunas de la parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro por la vacuna, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- 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, puede ser que deba pagar todo el costo de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluyendo la administración), menos cualquier diferencia que haya entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
- Para las otras vacunas de la parte D, tendrá que pagar a la farmacia su coseguro de la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por ese servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, menos cualquier diferencia que haya entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores en nuestra red facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero con frecuencia se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cuando haya pagado más que 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. Vea la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el pago por los servicios o medicamentos.

También, puede haber ocasiones en las que podría recibir una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya ha recibido o posiblemente por más que su parte de costos compartidos, como se explica en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros revisaremos la factura 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 es un proveedor contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

Abajo hay 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 haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia o necesarios de urgencia de cualquier proveedor, sin importar o no si el proveedor forma parte de nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga la cantidad completa en el momento en el 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 hecho.
- Puede recibir una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
    - Si se le debe algo al proveedor, nosotros lo pagaremos directamente al proveedor.

- Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero, algunas veces, cometen errores, y le piden que pague más que su parte del costo.

- Cada vez que reciba una factura de un proveedor dentro 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. Debería pedirnos que reembolsemos sus servicios o medicamentos cubiertos.

3. Si está inscrito 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 sus gastos de bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos 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 usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para hablar de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del 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 nos pida que le paguemos nuestra parte del costo compartido. Es

posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque 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 del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no sabía o no creía que se aplicara a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle el pago de nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos la totalidad del costo que pagó si el precio en dinero en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una **decisión sobre cobertura**. Si decidimos que se debería cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o el medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted 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 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 que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer la solicitud de pago.

- No tiene que usar 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 Dual Plus (HMO D-SNP)
PO BOX 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

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 diremos si necesitamos más información 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 por el servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en dinero en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). 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 usted no siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. 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 pidiendo 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, vea 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 clínicos y no clínicos se presten de manera culturalmente competente y que 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 darle la información en braille, letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Debemos darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado 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 cubra el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información de dónde ir para recibir ese 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 1.1 Tenemos que dar información de manera que pueda entenderla y que coincida con sus sensibilidades culturales (en idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos, etc.)

Se exige que nuestro plan se asegure de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente adecuada y estén accesibles para todos los inscritos cuyo dominio del inglés es limitado, cuya capacidad para leer es limitada, cuyos antecedentes étnicos y culturales son diversos o que tengan discapacidades auditivas. Unos ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, ofrecer servicios de traducción, servicios de intérpretes, servicios de teletipo o conexión al sistema TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene disponibles servicios gratuitos de intérpretes para contestar las preguntas de los asegurados que no hablen inglés. Además, le podemos aportar información en braille, en letra grande o en otros formatos sin costo alguno, si lo necesita. Se exige que le aportemos la información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para que le aportemos información de una manera que le convenga a usted, favor de llamar al centro de servicio al cliente.

Se exige que nuestro plan les conceda a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista de salud femenina de la red para los servicios de atención médica femenina preventiva y rutinaria.

Si los proveedores de servicios médicos especializados de la red del plan no están disponibles, es la responsabilidad del plan buscar proveedores de servicios médicos especializados fuera de la red para prestarle los servicios de atención médica necesaria. En ese caso, solo pagará los costos compartidos de la red. Si está en una situación donde no hay especialistas de la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para conseguir información sobre dónde deber ir para conseguir el servicio con los costos compartidos de la red.

Si le es difícil conseguir la información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, favor de llamar al centro de servicio al cliente para presentar una reclamación. Además, puede presentar una queja al Programa Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o llame directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para el sistema TTY.

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

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga las remisiones para ir a los proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan en un período de tiempo 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 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 en un plazo razonable, en el Capítulo 9 está lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen esas leyes.

- Su información médica personal incluye la **información personal** que nos dio cuando se inscribió en este plan, su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado Aviso de prácticas de privacidad que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se muestran 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 decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por 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 por medio de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto requiere que no se comparta la información que lo identifica.

Usted puede ver 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. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. 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 hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica 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 Dual Plus (HMO D-SNP), tiene el 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 sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias dentro de la red.** Usted tiene el derecho a obtener información 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 usa su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 hay 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 hay información de 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 está restringida su cobertura. 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 por completo en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Saber 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 usarlos de forma segura.
- **Saber los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo que haya en su atención. Se le debe informar con antelación 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 de irse de un hospital o de otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene el derecho de 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 sus propias decisiones médicas

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

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

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

Si quiere utilizar un formulario de directivas 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 directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre 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. Puede ser conveniente que considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- Si lo 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 directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, usted decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (incluyendo si quiere firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo basándose en que usted haya firmado directivas anticipadas o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que están en el documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Nuevo México a los números o las direcciones que están abajo:

New Mexico Department of Health (Departamento de Salud de Nuevo México)
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 (Departamento de Gestión de Incidentes de Salud de Nuevo MéxicoOficina de denuncias de abuso, negligencia y explotación)
1-800-445-6242
http://nmhealth.org/contact/report/

New Mexico Department of Health Incident Management
Bureau Facilities and Hospitals (Departamento de Gestión de Incidentes de Salud de Nuevo México Centros de la oficina y hospitales)
1-800-752-8649
http://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, **nosotros debemos tratarlo justamente**.

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 trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Usted puede llamarnos a servicio al cliente.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, vea 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 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 SHIP**. Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Derechos y protecciones de Medicare. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - 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

La lista de lo que debe hacer como miembro del plan está abajo. Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de cobertura para saber lo que está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 hay información sobre sus servicios médicos.

  - En los Capítulos 5 y 6 hay 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 además de nuestro plan, debe informarnos.** 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 Medicaid y de miembro 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 dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
  - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de obtener una respuesta que usted entienda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que funcione todo sin problemas en el consultorio de su médico, en los hospitales y en otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de nuestros servicios o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
  - Si se exige que usted pague la cantidad extra por la Parte D por sus ingresos más altos (según lo informó en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para que se pueda mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio 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 de Empleados 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 el proceso para manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Ya sea que su problema se trate de sus beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si quiere recibir ayuda para decidir si usa el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente.

2. El tipo de problema que tiene:
    - 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.

Estos 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 de 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 una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También se evita el uso de abreviaturas lo más posible.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aun si tiene una queja de cómo lo hemos tratado, 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 que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Abajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Los asesores en este programa lo pueden ayudar a entender el proceso que debería usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores 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 deben llamar al 1-877-486-2048.
- Además, puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

New Mexico Health Care Authority (HCA)
Medical Assistance Division
Turquoise Care/Medicaid
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87505-2384
1-800-283-4465 (TTY 711)
www.hca.nm.gov

New Mexico Aging and Long-Term Services Department
2550 Cerrillos Road
Santa Fe, NM 87505-3260
1-866-451-2901 (TTY 711)
https://aging.nm.gov

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

Debido a que tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, usted tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o reclamo. Qué procesos utiliza depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces deberá utilizar el proceso de Medicaid. Si quiere recibir ayuda para decidir si usa el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente.

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el siguiente cuadro.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si quiere ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid, póngase en contacto con Servicios para miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de los problemas de sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo**, Manejo de los problemas de sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La tabla de abajo le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para observar los problemas y las quejas sobre **los beneficios que cubre Medicare**.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación sobre sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla:

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si está cubierta la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) o no, la manera como están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vea la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.**

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para la atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluyendo el pago). Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está en la red, esa remisión se considera decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico, o la Evidencia de cobertura deja claro que el servicio de la remisión no se cubre nunca bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que vayamos a cubrir un servicio médico particular o si se niega a darle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere 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 desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará 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 desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunas situaciones, podríamos determinar que Medicare no cubre o ya no cubre atención médica para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos 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 desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si decimos no a toda o a una parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a apelación de Nivel 2 que hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para comenzar una apelación del Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que le enviemos automáticamente la apelación por atención médica para el Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.

- Vea la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Hay más información de las apelaciones de la Parte D en la Sección 7 de este capítulo.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar por medio de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta 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 gratuita** del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo 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, su médico puede solicitar 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 lo represente.** Si quiere, 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. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. 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 antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos de pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 5.3 ¿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 la información de cada una en una sección aparte:

- La **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- La **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- La **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como pacientes hospitalizados más prolongada si cree que el médico le está dando de alta muy pronto
- La **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto" (Se 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 recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa de Asistencia de Seguro Médico del estado.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted). 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 está lo que puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren prestarle y usted considera que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 6.3.**

   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 de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, se llama una **determinación de la 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 toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- Puede pedir cobertura *únicamente* por materiales o servicios (no solicitudes de pago por artículo o servicios que ya 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 de funcionar.
- **Si su médico nos dice que por su salud se necesita 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 por su salud se necesita 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 llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. 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 un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud de **un material o servicio médico.** Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **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. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- 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 11 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 calendario más.** Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Vea la Sección 11 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 esa 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 6.3 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.

Normalmente, una apelación estándar se presenta en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se hace en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que por su salud se necesita 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 6.2 de este capítulo.

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

- **Si está pidiendo una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede pedir una apelación llamándonos. En el Capítulo 2 está la 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 en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación.

Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a ver detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificaremos 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 un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.
    - 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 un 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 examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a 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 un plazo de 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 un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica 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.Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- 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. Vea la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 6.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un material o servicio médico, o **en un 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, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 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 llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata 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 lo que hace.

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.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

- Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán 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 un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar 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 un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar 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 por escrito sobre su decisión y explicará los motivos de la decisión.

- **Si la organización de revisión independiente dice sí a una parte o a toda la solicitud de un artículo o un servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o dar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes expeditas**.
- **Si la organización de revisión independiente dice sí a una parte o a toda la solicitud por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o dar el

medicamento con receta de la Parte B **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes expeditas**.

- **Si esta organización deniega una parte de o toda su apelación,** eso significa que está de acuerdo con nuestro plan en cuanto a que su solicitud (o una 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:
  - Explicando la decisión.
  - Notificarle del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está pidiendo cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le dirá la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Diciendo cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: 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 apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 en este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o producto de Medicaid. Si recibe una factura por un valor mayor que el copago de los servicios y material médico cubiertos de Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Pero, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o el artículo.

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

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 normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, 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 en la que diga que no pagaremos la atención médica y los motivos.

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 6.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de** 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un 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 7 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección tiene información de qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vea 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 simplificarlo, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D.

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 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 está lo que puede hacer si está en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Está pidiendo que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Cómo solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Está pidiendo que cancelemos una restricción en la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Está pidiendo que paguemos una cantidad de costos compartidos más baja por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Está pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. Cómo pedirnos que le reembolsemos el pago. Sección 7.4

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le muestra cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**. Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos (formulario)**. Solicitar 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 quiere 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, su médico u otro proveedor que receta 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 cubiertos, usted deberá pagar la cantidad de los costos compartidos que corresponde a los medicamentos del Nivel 4, Medicamentos no preferidos, para medicamentos de marca o genéricos. No puede pedir una excepción de la cantidad de costos 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 pedir una excepción a la cantidad de gastos compartidos que le pedimos que pague 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 están en uno de los cinco niveles de costos compartidos. 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 están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento en 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 una cantidad de costo compartido más baja. Esto sería el nivel más bajo que tenga 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 en la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de nombres de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que tenga alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos 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 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u proveedor que receta 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 pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión por medio de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales
Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación de cobertura expedita**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si lo necesita por su condición médica, solicítenos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede 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 dice 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 dirá 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 su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,

incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de Solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web www.phs.org/Medicare. 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 rápida sobre cobertura

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos darle la cobertura acordada en un plazo de 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 sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos **darle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda 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.

Los plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir 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 esa 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 7.5 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 **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se llama una **redeterminación expedita**.

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

Una apelación estándar generalmente se hace en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se hace en un plazo de 72 horas. Si lo necesita por su salud, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otro proveedor que receta deberán 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 es necesario por su salud que obtenga 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** 1-855-465-7737. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito**, incluyendo las solicitudes que se presenten en el formulario de Solicitud de redeterminación del modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web www.phs.org/Medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información relacionada con su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos 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. Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.

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. Verificaremos 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 un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos dar la cobertura que acordamos dar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando 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 un plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y es necesario por su condición médica.
    - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a 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 no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la examinará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** también debemos hacer el pago en un plazo de **30 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 decimos que no a su apelación, usted decide si quiere 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 7.6 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 llama **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 lo que hace.

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, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se le dirá quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir 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.** Tenemos permitido cobrarle por la copia y el envío de esta información.
- 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 examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para la apelación rápida

- Si lo necesita por su salud, 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 **en un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un 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 un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **Para las apelaciones rápidas:**
  - **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es sí a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos darle la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Para las apelaciones estándar:**
  - **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es sí a una parte o a toda su solicitud de cobertura,** debemos **darle la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
  - **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es sí a una parte o a toda su solicitud de reembolso del pago** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un 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 se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.

- Avisándole 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.
- Diciéndole 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 un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted cree se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en 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 después de que haya salido.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le avisarán.
- 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 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

En un plazo de dos días calendario después de que lo ingresen en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado 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), pídalo 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 siéntase en la libertad de hacer preguntas 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 esos servicios, quién los pagará 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 mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso usted o alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no menciona la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha del alta.

3. **Guarde 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 calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de 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 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Si quiere solicitar que cubramos sus servicios en el hospital de paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que usar 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 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 de Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha del alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para la mejora 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 de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital de las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) está la información de cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde 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 la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple esta fecha límite,** comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada del alta, puede ser que tenga pagar todos los costos de la atención en el hospital que reciba después de la fecha programada para el alta.

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la organización para la mejora 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 Calidad hace 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 hayan avisado de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. En este aviso también se 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 un 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 sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir prestándole 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 corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- 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 por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede ser que deba pagar todo el costo** de la atención en el 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 la mejora de la calidad *denegó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darle el alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación quiere decir que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la organización para la mejora la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede ser que deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha en que la organización para la mejora 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 calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un 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 en el hospital que haya 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:

- Quiere decir que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le dice por escrito lo que puede hacer si quiere 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 un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* atención médica en la 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 de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** cubiertos, 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.

En el momento en que decidamos dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estaremos obligados a informárselo con antelación. Cuando termine su cobertura de esa atención, dejaremos de pagar su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección está cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales
Aviso de no cobertura de Medicare. Informa cómo puede pedir una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejaremos de cubrir su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** por lo menos dos días calendario 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 rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá 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 detener la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, tendrá que usar 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 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 de Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa 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 rápidamente:

- 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.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, todavía puede tener derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La organización para la mejora de Calidad hace 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 (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 revisores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es sí?

- Si la respuesta de los revisores a su apelación es sí, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es no?

- Si la respuesta de los revisores es *no*, su **cobertura terminará a partir de la fecha que le habíamos dicho**.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, atención de centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de esta fecha en que termine su cobertura, **usted tendrá que pagar todo el costo** de esa atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la respuesta de los revisores es no a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para que su plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le hayamos informado que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Deberá pedir esta revisión **en un plazo de 65 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *haya denegado* su apelación de Nivel 1. Podría pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la dirán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya 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 puede haber las limitaciones de cobertura que correspondan.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es no?

- Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión que se tomó respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibe le dice por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted debe decidir si quiere continuar 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 un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede 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 material o servicio médico que apeló cumple 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. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 se explica cómo presentar una apelación del Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de la apelación la hacen las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo 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 del abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones puede 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 un 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 dar la atención médica en disputa.
- **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 esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el 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 la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos 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 esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, en el aviso que reciba le dirá 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 federal de distrito** 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 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede 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, ya 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.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de la apelación la hacen las siguientes 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 dar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones rápidas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede haber terminado o no.**
    - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el 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 de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones rápidas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede haber terminado o no.**
  - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
  - 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 dirá 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 federal de distrito** 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 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones

Sección 11.1 ¿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 (incluyendo la atención en el hospital)?

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Ha sido grosero o irrespetuoso alguien con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro servicio al cliente? • ¿Considera que lo están animando a dejar el 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 o a otros profesionales de atención médica? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? ○ 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?
Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con la *prontitud* de nuestras acciones en cuanto a 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. Estos son 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 artículos o servicios médicos o medicamentos que estaban aprobados; puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	• Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama una **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar una queja formal.**
- **Usar el proceso para quejas** es otra manera de decir **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja formal expedita**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por 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 quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si envía 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 65 días calendario a partir del momento en que haya tenido 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 si usted solicita más tiempo, podemos tomar 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 se resolverá como queja rápida.** Si usted tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo 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 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja sea sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para la mejora de la calidad.** La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que 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 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid

Para obtener más información sobre los beneficios o los procesos cubiertos por Medicaid, debe comunicarse con Servicio al Cliente o a la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2).

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 Dual Plus (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar dándole 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 porque tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía sólo durante ciertas épocas del año. Como usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:
  - Medicare original con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
  - Medicare original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática); o
  - Si es elegible, un plan D-SNP integrado que le dé sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura válida de medicamentos con receta, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

  Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para obtener más información sobre sus opciones de plan de Medicaid (los teléfonos están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones de planes médicos de Medicare disponibles durante el **período anual de inscripción**. La Sección 2.2 le dice más sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Por lo general, su membresía termina el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también se iniciará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía 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 siguiente año.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede elegir 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

    O

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

- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, 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 deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene oportunidad de hacerle 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 y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan MA, desde el mes en que tengan derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes del derecho.
- **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 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 aparte 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 también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período 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, puede llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se haya mudado.
- Si tiene Turquoise Care (Medicaid)
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10 hay más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

- **Nota:** La Sección 2.1 le dice más sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid.

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 es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta. 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 de Medicare;
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos con receta 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 deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le dicen más sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿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.
- Puede obtener información en el manual **Medicare y usted 2025**.
- 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?

En el siguiente cuadro se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Automáticamente se le dará la baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura del nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. • Automáticamente se le dará la baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura del nuevo plan.
• Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare o Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información de cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
o Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura válida de medicamentos con receta, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	

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 deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si después se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Turquoise Care (Medicaid), comuníquese con el Programa Turquoise Care Medicaid de Nuevo México, llamando al 1-888-997-2583, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Turquoise Care (Medicaid) la inscripción en otro plan o volver a Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos mediante nuestro plan

Hasta que termine su membresía de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su material médico, servicios y medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias o pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **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 Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 ya no es elegible para Medicaid. Como se menciona en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- 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 lo encarcelan (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 con 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 primero tengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle 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 primero tengamos la autorización de Medicare).
- 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 primero tengamos la autorización de Medicare).
  - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
  - Si no paga las primas del plan por 90 días, el plan cancelará su membresía. Debemos avisarle por escrito antes de cancelar su membresía.
- Si se le pide que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿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 deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 informarlo por escrito de nuestros motivos para cancelarla. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a 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 aplicarse otras leyes federales y, en 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 quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si 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 la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el principal pagador. Según las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), como una 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 reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que usted hace si está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden 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: Una persona que presta servicios que no necesitan las capacidades de un enfermero ni terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base 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. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos con receta médica de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vea "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar inscripción o **cancelación de inscripción:** El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos de IRS de hace 2 años son mayores que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Cantidad máxima de bolsillo: La cantidad máxima que paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que paga por sus primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo).

Cargo por suministro: Un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea de más de 24 horas.

Centro 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.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización, 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 suministro, como una visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo $10) y no un porcentaje.

Coseguro: La cantidad que debe pagar, expresada como un 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: Costo compartido se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Esto se agrega a la prima mensual del plan. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que 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.

Cuidado de compañía: El cuidado de compañía es la atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni 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, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Deducible: La cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si corresponde. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que su plan no cubre la receta, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los materiales o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los materiales o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización 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 necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y si está embarazada, perder el bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico que su médico solicita 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.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio.

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado la cantidad límite de gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y declaración de información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que usted 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 pedir una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está pidiendo, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted quiere que cancelemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está pidiendo (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, Formulario).

Farmacia dentro 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 medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias dentro 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.

Gastos de bolsillo: Vea arriba la definición de costos compartidos. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación de computadora en la que los miembros pueden buscar información de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) y de beneficios completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro. Incluye las cantidades de costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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 hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límite de gastos de bolsillo: La cantidad máxima que paga de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos con receta 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: Los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula con el ingrediente que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos genéricos: Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente el costo es más bajo.

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

Medicare Original (**Medicare tradicional** o **Pago por servicio de Medicare):** Medicare Original lo ofrece 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 pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago que estableció 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.

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 la confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Nivel de costo compartido: Cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más caro que será para usted el costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por 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 de Medicare.

Penalización 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 de 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. Si pierde la "Ayuda adicional", puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Período de beneficios: La manera como nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros 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 en el hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. 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 del 1 de enero al 31 de marzo, en que 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 aparte 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 inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, es 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.

Personas con doble elegibilidad: Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales por condiciones crónicas: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA con una o más condiciones crónicas graves o discapacitantes, como se define en 42 CFR 422.2, incluyendo la restricción de la inscripción basándose en los múltiples grupos de condiciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

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 i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan para 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 llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan médico de Medicare: Un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato 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, Planes de costos de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas de demostración/piloto y los Programas de cobertura total de salud para ancianos (PACE).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos 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 por medio del plan.

Plan para 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, que viven en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): Un tipo de plan que inscribe a las personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal según Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los períodos sin cobertura en 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 la cobertura médica o la cobertura de medicamentos con receta.

Producto biológico: Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Vea también **"Producto biológico original"** y **"Biosimilar"**).

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 médicos de Medicare, usted debe ir con su proveedor de atención primaria antes de ir con cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor dentro 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 dentro de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de 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 ni prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni opera nuestro plan.

Queja: El nombre formal para hacer un reclamo 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 sobre la calidad de su atención. Esto no incluye las disputas de cobertura ni de pago.

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: El término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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 de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que necesita atención médica inmediata, que no sea una emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable debido al tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tiene contrato. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Vea "Ayuda adicional".

Tasa de costo compartido diario: Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario cuando su médico le recete menos del suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba hacer 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.

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar servicios de atención médica equitativos y existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos. Valoramos la diversidad y la inclusión y nos esforzamos por tratar a todos con respeto. No discriminamos por motivos de raza; color; linaje; origen nacional (incluso por dominio limitado del inglés); ciudadanía; religión; sexo (incluso por embarazos, partos o problemas médicos conexos); estado civil; orientación sexual; expresión o identidad de género; estado de veterano; estado militar; estado de ausencia familiar o médica; edad; discapacidad física o mental; estado médico; datos genéticos; capacidad de pago; o cualquier otro estado protegido. Presbyterian proporcionará adaptaciones razonables y servicios de acceso al idioma a nuestros pacientes, asegurados y fuerza laboral.

Presbyterian Healthcare Services:

- Presta servicios y ayuda a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar efectivamente, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados de lengua de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de acceso al idioma a las personas cuyo idioma principal no es inglés, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de esos servicios, llame al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no le ha proporcionado dichos servicios o si cree que le han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una reclamación a Presbyterian si llama al 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, o **https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer**.

Además puede presentar una queja formal referente a los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está a su disposición en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o por correo o por teléfono al:

Dirección: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número de teléfono (gratuito): 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están a su disposición en **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 dílkidgo, 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。

OUR PRIVACY PRACTICES AND YOUR RIGHTS: JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

The privacy practices of Presbyterian Healthcare Services ("Presbyterian") and certain organizations that participate in an organized health care arrangement ("OHCA") with Presbyterian are described in this *Joint Notice of Privacy Practices* ("Notice"). Health information about you is contained in our records, but the information in those records belongs to you. This Notice will help you understand how we protect the privacy of your health information and how to complain if you believe your privacy rights have been violated. The terms "we" and "our" used in this Notice refer to Presbyterian and the members of our OHCA that share this Notice and agree to abide by its terms.

HOW WE PROTECT THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION

Whenever possible, Presbyterian uses or shares health information that doesn't identify you. We have policies and procedures to protect the privacy of health information that does identify you. We have a training program to educate our employees and others about our privacy policies. Your health information is only used or shared for our business purposes or as otherwise required or allowed by law. When a service involving your health information is being performed by a third party, we require a written agreement with them to protect the privacy of your health information.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy of your health information.
- We are required to provide patients, except inmates, with this Notice that describes our legal duties and privacy practices regarding protected health information.
- We have a legal duty to notify you, and you have a right to know when your protected health information has been inappropriately accessed, used, or disclosed as a result of a breach.
- We must follow the terms of the most current *Joint Notice of Privacy Practice*, and are required to ask you for a written acknowledgement that you received a copy.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

You have rights with respect to your protected health information. For more information on how to exercise these rights, see the *How to Make a Request* section of this Notice. The health information rights described in this Notice also apply to a person with legal authority to make health care decisions for a child or other person (for example, a parent or legal guardian). There are exceptions. For example, in New Mexico some health care services can be provided to a minor without the consent of a parent, guardian or other person. In these cases, the minor has the rights described in this Notice for health information related to the health care service provided. Some of the rights described here are subject to certain limitations and conditions.

Right to See and Get a Copy of Health Information. You have the right to see and get a copy of your health information. Usually, this information is contained in medical and billing records. You must make a request in writing to see or get a copy of your health information in our designated record set.

Right to Amend Incorrect or Incomplete Health Information. We strive to ensure that health information kept in our records is accurate and complete. However, occasionally a mistake can occur. You have the right to request that we change incorrect or incomplete health information in our records. We may deny your request if appropriate.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we deliver health information to you in a certain way or at a certain location. We must agree to a reasonable request or may deny your request if it is against the law or our policies.

Right to Request Restrictions of the Use or Disclosure of Your Health Information. You have the right to request that your health information is not used or shared for certain purposes. We are not required to agree to your request except if required by law, or if you request restriction to disclosure of your protected health information to the health plan and you pay Presbyterian for those services or health care items in full. We must tell you if we cannot agree to your request.

Right to Request an Accounting of Disclosures. You have the right to request an *Accounting of Disclosures*. This report will show when your health information was shared by us outside of our organization without your written authorization.

Right to Receive a Paper Copy of this Notice. You have a right to receive a paper copy of this Notice, even if you also agreed to receive it electronically.

WHEN HEALTH INFORMATION CAN BE USED OR SHARED WITHOUT A WRITTEN AUTHORIZATION

For Treatment. We use and share your health information to provide medical treatment to you by our health care providers.

For Payment. We use and share your health information in order to receive or facilitate payment for the treatment and services provided to you.

For Health Care Operations. We use and share health information in order to operate our business and deliver quality care and services to our patients.

Required by Law. We will use and share your health information when required by federal, state or local law.

Emergency Situations. We will use professional judgment to decide if sharing your health information is in your best interest during a health emergency or if you are incapacitated.

Public Health Activities. We share your health information with public health authorities to ensure the public welfare.

Health Oversight Activities. Your health information may be shared with health oversight agencies that have authority to monitor our activities.

Legal and Administrative Proceedings. Your health information may be shared as part of an administrative or legal proceeding.

Law Enforcement. If a law enforcement official requests, we may share only very limited health information.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. The health information of a deceased person may be shared with coroners, medical examiners and funeral directors so they can carry out their duties.

Organ and Tissue Donation. Your health information may be shared with organizations that obtain, store or transplant human organs and tissues.

Public Safety. Your health information may be shared to prevent or lessen a serious and immediate threat to the health or safety of anyone or the general public.

Special Government Functions. Your health information may be shared with federal officials for national security purposes authorized by law.

Correctional Institutions. If you are an inmate, your health information may be shared with correctional institutions or law enforcement officials in order to protect your health, or the health and safety of others.

Worker's Compensation. Your health information may be used or shared as required by worker's compensation laws.

Change of Ownership. If Presbyterian or any member of the OHCA that shares this Notice is sold or merged with another organization, records that contain your health information will become the property of the new owner.

Secretary of Health and Human Services. We are required by law to share health information with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) when HHS requests the health information to determine our compliance with privacy law.

WHEN A WRITTEN AUTHORIZATION IS REQUIRED TO USE OR SHARE HEALTH INFORMATION

We will not use or share your health information without your written authorization unless required by law or as described in this *Joint Notice of Privacy Practices*. You may cancel an authorization in writing at any time, except to the extent we have already taken action according to the authorization.

Marketing. We do not use or share your health information for marketing purposes without a written authorization from you. There are two exceptions that are permitted: when we have a face-to-face conversation with you or when we give you a promotional gift of little or no monetary value. If a marketing activity would involve any direct or indirect remuneration to us from a third party, the written authorization you would be asked to sign will state that fact.

Research. With your written authorization, we may share your health information with researchers conducting research that has been approved by Presbyterian's Institutional Review Board or another research/privacy board.

Sale of Protected Health Information. We do not sell your health information to anyone.

WHEN YOU MAY RESTRICT OR OPT OUT OF THE USE OR SHARING OF YOUR HEALTH INFORMATION

Facility Directory. Unless you object, we will use your name, your location in our facility, your general medical condition and your religious preference as directory information. Directory information may be shared with members of the clergy of your faith.

Notification and Communication with Family or Others Involved in Your Care. Unless you tell us that you object, we may share your health information with a person involved in your healthcare. If we do so, we may only share the information directly related to that person's involvement in your care or payment for your care.

Disaster Relief Activities. Unless you tell us that you object, we may use and share your health information with a public or private organization legally authorized to assist in disaster relief efforts so that your family can be notified about your condition, status and location.

Fundraising. We may contact you to raise funds for Presbyterian. The money raised is used for health care services and educational programs we provide to the community. Fundraising materials will describe your right to opt out of future fundraising. For more information see the *How to Make a Request* section of this Notice.

PREBYTERIAN'S RIGHT TO CHANGE THIS PRIVACY NOTICE

Presbyterian reserves the right to change the privacy practices described in this *Joint Notice of Privacy Practices* at any time. If the terms of this Notice should change, we will publish a new Notice and post it in our facilities and on our web site. It will be given to you upon request and as required by law. The terms described in the new Notice will apply to all health information maintained by Presbyterian and all members of the OHCA that share this Notice. You may obtain an electronic copy of this Notice from our web site at www.phs.org.

OTHER PARTICIPANTS IN OUR ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT (OHCA)

The law allows members of an OHCA to share your health information with each other for certain purposes: for treatment, to receive payment for services, or for the health care operations of the OHCA. The following OHCA members have agreed to follow the privacy practices described in this *Joint Notice of Privacy Practices:*

- Presbyterian Healthcare Services – All facilities
- All facilities and clinics operated, leased or managed by Presbyterian
- Hospital-based physicians and groups who agree with Presbyterian to be subject to this Notice.
- Presbyterian Home Healthcare Services – All divisions

Presbyterian is also a member of an OHCA with Presbyterian Health Plan, Inc. and Presbyterian Insurance Company, Inc. which have their own Notice.

HOW TO MAKE A REQUEST: To request a copy of, an amendment to, or an *Accounting of Disclosures* of your health information from Presbyterian, you may contact Health Information Management at (505) 841-1740 or outside Albuquerque at 1-866-352-1528. To request that Fundraising materials not be sent to you, contact: Presbyterian Healthcare Foundation at (505) 724-6580. To file a complaint about our privacy practices, contact the Presbyterian Privacy Official at (505) 923-6176 or the Secretary of HHS, Office for Civil Rights, Region VI, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. You will not be retaliated against for filing a complaint. For further information, contact Presbyterian's Compliance Dept. at (505) 923-8544.

Effective as of amendment date – August 1, 2013

NUESTRAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS: NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD

Esta notificación describe la manera en que se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede conseguir dicha información. Sírvase repasarla con cuidado.

Las prácticas referentes a la privacidad del Presbyterian Healthcare Services ("Presbyterian") y de ciertas organizaciones que participan en un Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] con el Presbyterian se describen en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad* ("notificación"). La información sobre su salud se guarda en nuestros expedientes, sin embargo la información que se contiene en dichos expedientes pertenece a usted. Esta notificación le ayudará a entender cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud y cómo puede presentar una reclamación si usted cree que se han infringido sus derechos a la privacidad. Los términos "nosotros" y "nuestro/a/os/as" que se utilizan en esta notificación se refieren al Presbyterian y a los integrantes de nuestro Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] que participan en esta notificación y que aceptan cumplir los términos de la misma.

CÓMO PROTEGEMOS LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Dentro de lo posible, el Presbyterian divulga la información sobre la salud que no le identifica a usted directamente. Tenemos normas y procedimientos para proteger la privacidad de la información sobre la salud que le identifique directamente. Tenemos un programa de capacitación para nuestros empleados y para otras personas con respecto a nuestras prácticas de privacidad. Sólo se utiliza o divulga la información sobre su salud para nuestros fines comerciales o según lo requiera la ley. Si un tercero lleva a cabo un servicio que involucra la información sobre su salud, requerimos que dicho tercero acepte un acuerdo con el fin de proteger la confidencialidad de la información sobre su salud.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley, se requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud.
- Se requiere que proporcionemos a los pacientes, con excepción de los que estén encarcelados, esta notificación que describe nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas referentes a la privacidad en lo que se refiere a la información sobre su salud.
- Es nuestra obligación legal avisarle, y usted tiene derecho a saber, si una persona o una entidad ha obtenido acceso inapropiado a la información protegida sobre su salud o si se ha utilizado o divulgado dicha información a causa de una infracción de los medios de protección.
- Debemos cumplir con los términos de nuestra *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad* más reciente y se requiere que le pidamos que nos firme un acuse de recibo de la copia de dicha notificación.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene derechos con respecto a la información protegida sobre su salud. Si usted desea recibir más información sobre cómo ejercer esos derechos, consulte la sección de esta notificación sobre *Cómo presentar una petición*. Los derechos referentes a la información sobre la salud que se describen en esta notificación también corresponden a la persona que cuenta con la autoridad legal de tomar decisiones sobre la atención médica de un menor o de otra persona (por ejemplo, los padres o el tutor). Hay excepciones. Por ejemplo, en Nuevo México se pueden prestar algunos servicios de atención médica a los menores sin el consentimiento de los padres, del tutor o de otra persona. En esos casos el menor tiene los derechos que se describen en esta notificación con respecto a la información sobre la salud correspondiente al servicio de atención médica que se haya prestado. Algunos de los derechos que se describen más abajo están sujetos a ciertas restricciones y condiciones.

El derecho a consultar o recibir una copia de la información sobre su salud. Usted tiene derecho a consultar y recibir una copia de la información sobre su salud. Por lo general, esa información se guarda en nuestros expedientes médicos y de cobros. Usted deberá presentar una petición por escrito para consultar o recibir copia de la información sobre su salud que conste en el conjunto de expedientes que se hayan designado.

El derecho a enmendar información sobre su salud que esté incorrecta o incompleta. Nos empeñamos en asegurar que la información sobre la salud que guardamos en nuestros expedientes sea correcta y completa. Sin embargo, ocasionalmente se puede cometer un error. Usted tiene derecho a pedir que modifiquemos la información sobre su salud si está incorrecta o incompleta en nuestros expedientes. Podemos denegar su petición con tal que sea apropiado hacerlo.

El derecho a pedir que las comunicaciones sean confidenciales. Usted tiene el derecho a pedir que le entreguemos la información sobre su salud de una manera específica o en un lugar específico. Debemos aceptar el cumplimiento de una petición razonable o podemos denegar su petición si va en contra de la ley o de nuestras normas.

El derecho a pedir restricciones con respecto a cómo se utiliza o divulga la información sobre su salud. Usted tiene derecho a pedir que la información sobre su salud no se utilice ni se divulgue para ciertos fines. No se nos exige aceptar su petición a menos que se requiera por ley o si usted pide que se restrinja la divulgación de la información protegida sobre su salud al plan de seguro médico con tal que usted pague, en su totalidad, al Presbyterian por esos servicios o los artículos médicos. Deberemos informarle si no podemos aceptar su petición.

El derecho a pedir un informe de las divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un *Informe de las Divulgaciones*. Ese informe mostrará cuándo divulgamos la información sobre su salud a entidades fuera de nuestra organización sin su autorización escrita.

El derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación, aún si usted aceptó recibirla de forma electrónica.

CUÁNDO SE PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Para fines de tratamiento. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud a fin de que nuestros proveedores de servicios médicos le puedan proveer tratamientos médicos.

Para fines de pagos. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud con el fin de recibir pagos por tratamientos o servicios que se le hayan proporcionado o para facilitar los pagos por los mismos.

Para fines de las diligencias de los servicios médicos. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud para poder operar el elemento de negocios de nuestra organización y ofrecerles atención clínica y servicios médicos de alta calidad a nuestros pacientes.

Cuando lo requiera la ley. Utilizaremos y divulgaremos la información sobre su salud cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Para situaciones de emergencia. Utilizaremos nuestro criterio profesional para decidir si la divulgación de la información sobre su salud es lo mejor para usted en caso de una emergencia médica o si usted se encuentra incapacitado(a).

Para las actividades de salubridad pública. Divulgamos la información sobre su salud a las autoridades de salubridad pública con fines de asegurar el bienestar público.

Para las actividades de supervisión de organizaciones que prestan servicios clínicos. La información sobre su salud se puede divulgar a agencias que tengan autoridad para vigilar nuestras actividades.

Para los procedimientos legales y administrativos. La información sobre su salud se puede divulgar como parte de un procedimiento administrativo o legal.

Para el cumplimiento de la ley. Si así lo pide un funcionario del orden público, podemos divulgar sólo una porción muy limitada de la información sobre su salud.

Para los médicos forenses, los investigadores médicos y los directores de funerarias. La información clínica de una persona fallecida se puede divulgar a los médicos forenses, los investigadores médicos y los directores de funerarias a fin de que puedan llevar a cabo sus obligaciones.

Para la donación de órganos y tejidos. Se puede divulgar la información sobre su salud a organizaciones que obtengan, conservan o trasplantan órganos y tejidos humanos.

Para la seguridad pública. Se puede divulgar la información sobre su salud para prevenir o atenuar un peligro grave y urgente a la salubridad o a la seguridad de una persona específica o del público en general.

Para las diligencias especiales del gobierno. Se puede divulgar la información sobre su salud a funcionarios federales para fines de seguridad nacional conforme a las leyes.

A las instituciones penales. Si usted está preso, la información sobre su salud se puede divulgar al personal de las instituciones penales o a los funcionarios del orden público a fin de proteger su salud, o la salud y la seguridad de los demás.

A la división de compensación laboral. Se puede utilizar o divulgar la información sobre su salud conforme a las leyes de compensación laboral.

Si hay un cambio de propietario. Si el Presbyterian o un integrante del OHCA que participa en esta notificación se vendieran o fusionaran con otra organización, los expedientes que contienen información sobre su salud pasarían a ser propiedad del nuevo dueño.

Al Secretario de Salubridad y Servicios Humanos. Se requiere por ley que divulguemos la información sobre la salud al Secretario del Departamento de Salubridad y Servicios Humanos de los Estados Unidos [U.S. Department of Health and Human Services, HHS] si dicha entidad gubernamental pide la información sobre la salud para verificar si estamos cumpliendo con la ley de la privacidad.

CUÁNDO SE REQUIERE LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

No utilizaremos ni divulgaremos la información sobre su salud sin su autorización escrita a menos que se requiera por ley o según se explica en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad*. Usted puede cancelar una autorización por escrito en cualquier momento, exceptuando el punto hasta el cual hayamos ya tomado acción conforme a dicha autorización.

Para el mercadeo. No utilizamos ni divulgamos la información sobre su salud con fines de mercadeo sin que usted lo autorice por escrito. Hay dos excepciones que se permiten: si conversamos en persona con usted acerca de eso o para darle un regalo de promoción cuyo valor monetario sea mínimo o nulo. Si una actividad de mercadeo requiere que se nos haga un pago directo o indirecto por parte de terceros, la autorización que se le pedirá que firme deberá indicar ese hecho.

Para las investigaciones. Con su autorización por escrito, podemos divulgar la información sobre su salud a los investigadores que estén llevando a cabo estudios aprobados por la Junta de Revisión Institucional del Presbyterian o por otra junta de investigaciones o de privacidad.

La venta de la información protegida sobre su salud. No vendemos a nadie la información sobre su salud.

CUÁNDO SE PERMITE QUE USTED RESTRINJA LA MANERA EN QUE SE UTILIZA O DIVULGA LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD O PARA OPTAR POR NO PARTICIPAR EN ESAS ACTIVIDADES

En la guía del centro clínico. A menos que usted nos diga que no está de acuerdo, utilizaremos su nombre, su localización en nuestro centro clínico, su estado médico general y su preferencia religiosa como parte de la información que consta en nuestra guía. La información que contiene la guía se puede divulgar a los clérigos de su fe.

Para avisar y comunicarnos con los familiares y otras personas que participen en su atención médica. A menos que usted nos avise que se opone, podemos divulgar la información sobre su salud a las personas que participen en su atención médica. Si así lo hacemos, sólo podremos divulgar la información que corresponda directamente a la participación de esa persona en su atención médica o para que pague por la misma.

Para las actividades de recuperación en caso de desastre. A menos que usted nos avise que se opone, podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud a una organización particular o pública que tenga autoridad legal para ayudar en esfuerzos de recuperación en caso de desastre a fin de avisar a sus familiares acerca de su afección médica, su estado de salud y su localización.

Para las campañas de recaudar fondos. Tal vez nos comuniquemos con usted a fin de recaudar fondos para el Presbyterian. Los fondos que se recauden se utilizan para prestar servicios médicos y para los programas educativos que ofrecemos a la comunidad. Los materiales de la campaña explican cómo usted puede solicitar que no se le envíen ese tipo de materiales en el futuro. Si usted desea conseguir información más detallada sobre eso, consulte la sección de Cómo presentar una petición de esta notificación.

EL PRESBYTERIAN TIENE DERECHO A CAMBIAR ESTA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD

El Presbyterian se reserva el derecho a cambiar las prácticas referentes a la privacidad que se explican en esta *Notificación de las Prácticas Referentes a la Privacidad* en cualquier momento. Si cambian los términos de esta notificación, se publicará una nueva notificación y se publicará en nuestros centros clínicos y en nuestro sitio web. Se le proporcionará a usted la nueva notificación si nos la pide y según lo requiera la ley. Los términos que se describan en la nueva notificación se aplican a toda la información sobre la salud que guarda tanto el Presbyterian como todos los integrantes del OHCA que participen en esta notificación. Usted puede obtener una copia electrónica de esta notificación en nuestro sitio web en la dirección: www.phs.org.

OTRAS ENTIDADES QUE PARTICIPAN EN NUESTRO ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN CLÍNICA Y EN NUESTRA NOTIFICACIÓN CONJUNTA [OHCA, las iniciales en inglés]

La ley permite que los integrantes de un Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] compartan entre sí la información sobre su salud para ciertos fines: para tratamientos, para recibir pagos por servicios que se hayan prestado o para las diligencias de atención médica del OHCA. Los integrantes del OHCA que se enumeran a continuación han aceptado cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad:*

- Presbyterian Healthcare Services: todos los centros clínicos
- Todos los centros clínicos y las clínicas que el Presbyterian opera, arrienda o administra
- Los médicos individuales y los grupos de médicos radicados en los hospitales que aceptan, junto con el Presbyterian, cumplir con lo que se establece en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad*.
- Los servicios de atención médica en casa que ofrece el Presbyterian: todas las divisiones

El Presbyterian también es integrante de un OHCA junto con el Presbyterian Health Plan, Inc. y el Presbyterian Insurance Company, Inc., que tienen sus propias notificaciones.

CÓMO PRESENTAR UNA PETICIÓN: Si usted desea solicitar del Presbyterian una copia de la información sobre su salud, o para pedir una enmienda a la misma, o para pedir un Informe de las Divulgaciones de la información sobre su salud, usted se puede comunicar con Health Information Management [la administración de la información sobre la salud] al (505) 841-1740 o fuera de Albuquerque al 1-866-352-1528. Para pedir que no se le envíen los materiales de recaudación de fondos, comuníquese con el: Presbyterian Healthcare Foundation al (505) 724-6580. Si usted desea presentar una reclamación sobre las prácticas referentes a la privacidad, comuníquese con el funcionario del Presbyterian encargado de las cuestiones de privacidad [Presbyterian Privacy Official] al (505) 923-6176 o con el Secretary of HHS [Secretario del HHS], Office for Civil Rights [la oficina de derechos civiles], Region VI, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. No se tomarán represalias contra usted por haber presentado una reclamación. Si desea recibir más información, comuníquese con el Presbyterian's Compliance Dept. [Departamento de cumplimiento del Presbyterian] al (505) 923-8544.

Entra en vigor a partir de la fecha de la enmienda: 1° de agosto de 2013

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 Dual Plus (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAME AL	(505) 923-7675 o 1-855-465-7737; 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 Dual Plus (HMO D-SNP) P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 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 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
SITIO WEB	https://aging.nm.gov