Del 1° de enero al 31° de diciembre del 2022

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 2022

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)

Identificación del contrato: H3204-013-004

Este folleto le da información sobre su cobertura de atención médica y medicamentos con receta médica de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener los servicios de atención médica y medicamentos con receta médica que necesita que le cubran. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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)).

Presbyterian Dual Plus es un Plan de Necesidades Especiales HMO (Special Needs Plan, SNP) con 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 en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Estos servicios se financian, en parte, con el Estado de Nuevo México.

Este documento está disponible gratis en español.

Póngase en contacto con nuestro Centro de Servicios para miembros (servicio de atención al cliente) al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario es de domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).

El Servicio al Cliente tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible en formatos diferentes. 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 2023.

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.

Y0055_MPC072111_Accepted_M_09232021

Aprobación de la OMB 0938-1051
(Vencimiento: 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de miembro y sobre cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 23

Explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)) y con otras organizaciones, incluidos Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de mejora de calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 40

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 59

Proporciona los detalles acerca de cuáles tipos de atención médica están cubiertos y cuáles no están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D 122

Explica las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan para averiguar cuáles medicamentos están cubiertos. Explica qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus medicamentos con receta médica. Habla sobre los programas del plan relacionados con la seguridad de los medicamentos y cómo manejarlos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 149

Explica las cuatro (4) etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y de qué manera estas etapas influyen en lo que paga por sus medicamentos. Explica los cinco (5) niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D e indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos 171

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 179

Explica los derechos y responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Explica lo que puede hacer si no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 192

Le explica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted está teniendo problemas recibiendo la atención médica o medicamentos con receta médica que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos con receta médica y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan 256

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía al plan.

Capítulo 11. Avisos legales 267

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 270

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6

Sección 1.1 Usted está inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales) 6

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*? 7

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 8

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 8

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 8

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 10

Sección 2.5 Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos 10

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 10

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta médica cubiertos 10

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: Su guía de todos los proveedores de la red del plan 11

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan 12

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 13

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan? 13

Sección 4.2 Hay varias maneras de pagar la prima de su plan 15

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 19

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 19

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tenemos su información correcta 19

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 20

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 20

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).

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. 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) está diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Dado que recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de Medicare Parte A y B (deducibles, copagos y coseguros), puede que no deba pagar nada por los 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 podría recibir "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica 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 Mexico Centennial 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 de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica lo que debe hacer para que nuestro plan cubra sus medicamentos con receta médica y atención médica de Medicare. Además, explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y a los servicios médicos, y a los medicamentos con receta médica que tendrá a su disposición como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

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

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con Servicios para miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

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 acerca de cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a 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 2022. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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 su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre 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).
- -- *y* -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentra 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 para el mismo nivel de asistencia de Medicaid.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero es razonable esperar que recupere la elegibilidad en el plazo de cuatro (4) meses, entonces usted es aún elegible para obtener una membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre su cobertura y costos compartidos durante un período de elegibilidad continua atribuida).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando usted se inscribió en Medicare por primera vez, recibió información acerca de los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios como paciente ambulatorio) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid da cobertura médica (atención médica, salud conductual y atención de largo plazo) a millones de americanos, incluyendo adultos, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidades de bajos ingresos que sean elegibles. Medicaid es administrada por

los estados, según los requisitos federales. El programa es financiado conjuntamente por los estados y el gobierno federal.

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 (Qualified Medicare Beneficiary, 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 beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Obtendrá la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las cantidades de las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de las Partes A y B. No pagará nada, excepto los copagos de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Beneficiario de Medicare plus especificado con bajos ingresos (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.
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Individuos discapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A
- **Doblemente elegible para beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede dar asistencia limitada con el costo compartido de Medicare. Medicaid también da todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En algunos casos, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la Oficina Estatal de Medicaid en el pago de sus cantidades de costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Es posible que haya casos en los que tenga que pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, 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 residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Catron, Cibola, Colfax, De Baca, Doña Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Rio Arriba, Sandoval, San Miguel, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union 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 números de teléfono para Medicaid están en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto.

Si piensa trasladarse del área de servicio, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se traslade, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos

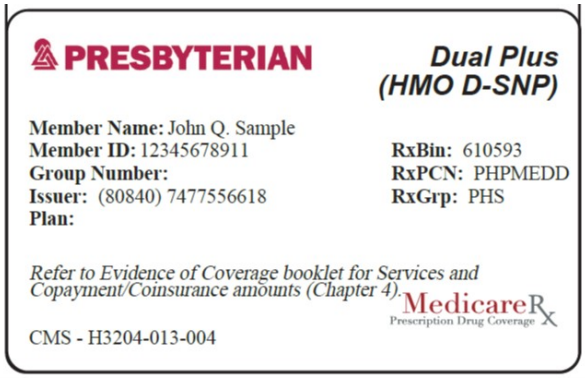
El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Presbyterian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

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos con receta médica cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta médica que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Si tiene Medicare y Departamento de Servicios Humanos de NM (Medicaid), asegúrese de mostrar 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 que su proveedor le cobre correctamente. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Presbyterian 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 en un centro de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos con su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare, en lugar de usar su tarjeta de miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) mientras sea miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al servicio de atención al cliente y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: Su guía de todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores de nuestra red, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

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. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los

miembros de nuestro plan. La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare..

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), 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. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedir a Servicios para miembros más información sobre nuestros proveedores de red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en www.phs.org/Medicare o descargarlo de este sitio web. Servicios para miembros y el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta médica a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe saber acerca de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores* para buscar la farmacia de la red que quiere usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay una copia actualizada del *Directorio de proveedores* en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores*, puede obtener una copia de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.

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. Esta lista indica qué medicamentos con receta médica están cubiertos por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son

seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare 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 actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.phs.org/Medicare) o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de pagos hechos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Cuando use sus beneficios de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a llevar un registro de los pagos hechos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D. A este informe resumido se le llama la *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* tiene la cantidad total que usted, otros en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total pagada por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D cada mes en que se haya usado el beneficio de la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo esta puede ayudarle a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible si la solicita. Para obtener una copia, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener una copia al iniciar sesión en myPRES, en www.phs.org/myPRES. Seleccione “MyHealthPlan” y luego seleccione “Financial Information” (Información financiera).

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), la cantidad de la prima mensual es $0-$34.30. Para 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 le paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo un miembro del plan (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B). Además, debe mantener su elegibilidad para Medicaid.

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser mayor

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más del monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen abajo.

- Algunos miembros deben pagar **una multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente adquirieron elegibilidad o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más en los que no tuvieron cobertura "acreditable" de medicamentos con receta médica. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a prima mensual. del plan La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
    - Si pierde la "Ayuda adicional", puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable de la Parte D.
    - Si usted está obligado a pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, 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.
- A algunos miembros se les puede pedir que paguen un cargo más, que se conoce como la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos para la Parte D, también conocida como IRMAA, debido a que hace dos años tuvieron ingresos brutos ajustados modificados, arriba de cierta cantidad, en su declaración tributaria del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar la cantidad de la prima estándar más ese cargo adicional, que se sumará a la prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, 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**.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. Si pasó por un evento que le cambia la vida que ocasionó que sus ingresos disminuyeran, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si se le pide que pague más cantidad y no la paga, se le cancelará la inscripción a este plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia del manual *Medicare y usted 2022* hay información sobre estas primas de Medicare en la sección llamada "Costos de Medicare 2022". Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar 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 4.2 Hay varias maneras de pagar la prima de su plan

Existen cinco (5) maneras con las que puede pagar la prima de su plan. Puede cambiar su opción de pago llamando al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Si decide cambiar la manera en que paga su prima, puede que se tarde hasta tres meses para que se implemente su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague a tiempo.

Si decide cambiar la modalidad de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, el cambio entrará en vigor el siguiente ciclo de facturación, a menos que haya optado por la deducción automática de su cheque del Seguro Social (la deducción del cheque del Seguro Social puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor). Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar por cheque

Si quiere pagar con cheque o giro postal, recibirá una factura por el pago de su prima del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D. Recibirá una factura el mes anterior al siguiente mes de cobertura. Por ejemplo, recibirá una factura en enero por la prima o la sanción de febrero. Debemos recibir su pago en o antes del último día del mes anterior al siguiente mes de cobertura.

Incluya el cupón de su estado de cuenta mensual para garantizar que su pago se envíe con rapidez y precisión. Nuestro plan no acepta cheques con fecha posterior. Si no incluye el cupón de su estado mensual, escriba su número de identificación de miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en su giro postal o cheque personal. Si el pago es para dos miembros, escriba ambos números de identificación de miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en el cheque o el giro postal y la cantidad destinada para cada miembro para evitar retrasos en el procesamiento. Si alguien más paga la prima del plan o la multa por usted, asegúrese de que su nombre y número de identificación de miembro estén escritos en su cheque.

Su pago debe ser pagadero a Presbyterian Health Plan, Inc. y enviado por correo a:

Presbyterian Health Plan, Inc.
P.O. Box 911594
Denver, CO 80291-1594

Si paga con cheque y se devuelve por fondos insuficientes, le enviaremos una carta al comienzo del siguiente mes para informarle que debe la prima del plan o la multa.

- Esta cara le notificará que le quedan 60 días para hacer el pago. En caso de que no recibamos el pago por el cheque de fondos insuficientes después del primer aviso, recibirá un segundo aviso.
- El segundo aviso le notificará que le quedan 30 días para hacer el pago total o su cobertura será cancelada. Si no pagó al final del período de gracia de 60 días, le enviaremos un aviso para informarle que se canceló su inscripción debido a la falta de pago de la prima del plan o la multa.

No envíe dinero en efectivo por correo.

Si prefiere, también puede llevar en persona un cheque, una orden de pago o el pago en efectivo a nuestras oficinas, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Como parte del esfuerzo global de reducir la propagación del virus del COVID-19, Presbyterian Health Plan mantiene el personal mínimo en sus oficinas hasta próximo aviso. Antes de presentarse, llame para confirmar el horario de atención. (Los números de teléfono se encuentras en la parte de atrás de este folleto). Nuestra dirección es:

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

Llame a Servicios para miembros si pierde su factura (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 2: Puede pedir que la prima del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D se cobre automáticamente de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito

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

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

Para elegir la Opción 2, o para cambiar la información de la cuenta o de la tarjeta de crédito, llame a Servicios para miembros. Servicios para miembros puede tramitar una transferencia automática mediante la llamada telefónica o se puede enviar por correo un “Formulario de opción de prima” si lo pide. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

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

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

Muchos bancos o instituciones financieras dan a los titulares de cuentas la opción de pagar sus facturas mediante su cuenta en línea. Si elige pagar la prima de su plan mediante el pago de facturas a través del portal en línea de su cuenta bancaria, asegúrese de incluir la siguiente dirección de Presbyterian Health Plan:

Presbyterian Health Plan, Inc.
P.O. Box 911594
Denver, CO 90392-1594

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

Opción 5: La prima del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social

La prima del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social. Póngase en contacto con Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan o la multa mensual de esta manera. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan o la multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Si está teniendo dificultades para pagar su prima oportunamente, póngase en contacto con Servicios para miembros para ver si podemos remitirlo a algún programa que le ayudará con la prima de su plan. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Si terminamos su membresía porque no pagó su prima del plan, tendrá cobertura médica en virtud de Medicare Original. Mientras esté recibiendo la “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta médica, continuará teniendo la cobertura para medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta médica para su cobertura de la Parte D.

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

Si considera que hemos cancelado su membresía injustamente, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. La Sección 11 del capítulo 9 describe cómo presentar una queja). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le

impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión al llamar a Servicios para miembros al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737, entre las 8 a.m. y las 8 p.m., los siete días de la semana. Si llama **desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tenemos su información correcta

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de 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 tener la información correcta de su persona. **Estos proveedores de la red usan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia esta información, comuníquenoslo al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para mayor información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparece listada, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.4 en el Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. Al seguro que paga primero se le llama el “pagador primario” y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el “pagador secundario”, solo paga si hay

costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

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

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

Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Presbyterian Dual Plus** (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros del plan) **24**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **26**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros médicos** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **28**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejoramiento de la Calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **29**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **29**

SECCIÓN 6 **Centennial Care (Medicaid)** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos) **30**

SECCIÓN 7 **Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica** **33**

SECCIÓN 8 **Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **37**

SECCIÓN 9 **¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?** **38**

SECCIÓN 1 **Contactos de Presbyterian Dual Plus** (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros del plan)

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 ayudarle.

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
LLAME AL	(505) 923-7675 o 1-855-465-7737; las llamadas a este número son gratis. Nuestro horario es de domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados). 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 domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).
FAX	(505) 923-5124

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
ESCRIBA A	**Preguntas generales e información de pago:** 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) Attn: 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 hacer una consulta a Servicios para miembros mediante el enlace **Contact Us** (Contáctenos) en nuestro sitio web.

Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando pida una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagamos por su Parte D de medicamentos con receta médica. Para obtener más información sobre cómo pedir las decisiones de la cobertura sobre su atención médica o sobre los medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de toma de decisiones de cobertura.

Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

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

Puede presentar una queja sobre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Para más información sobre situaciones en las que usted puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).

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

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

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

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

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME AL	Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare - Información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare):** Da información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare):** Da información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas dan una *estimación* de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Presbyterian 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 Medicare. Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarle con acceso a una para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

Los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México son independientes (no tienen conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores de los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México también puede ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Método para acceder a SHIP y otros recursos:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic "**Formularios, ayuda y otros recursos**" arriba en la parte derecha del menú
- En el menú desplegable, haga clic en **"Teléfonos y sitios web"**
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "**TEMAS**" en el menú de abajo
  - Opción 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

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

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

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

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales médicos pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

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

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

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Nuevo México)
LLAME AL	1-888-315-0636; las llamadas a este número son gratis.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd.; Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales de 65 años de edad o mayores, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplen con ciertas

condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

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

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

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

SECCIÓN 6 **Centennial Care (Medicaid)** (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)

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

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que obtiene de Centennial Care (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. La información de contacto está en las siguientes páginas.

Método	División de asistencia médica del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Programa Centennial Care/Medicaid) - Información de contacto
LLAME AL	1-888-997-2583; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Human Services Department Medical Assistance Division (Centennial Care/Medicaid) P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.hsd.state.nm.us

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
LLAME AL	1-866-451-2901; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Human Services Department 2550 Cerrillos Rd. Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us/Long_Term_Ombudsman.aspx

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**
LLAME AL	1-866-451-2901; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 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 Rd. Santa Fe, NM 87505-3260
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us

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

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califica para "Ayuda adicional" de Medicare y la están obteniendo para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta médica.

Medicare da "Ayuda adicional" a las personas con ingresos y recursos limitados para pagar los costos de medicamentos con receta médica. Los recursos incluyen sus ahorros y sus acciones, pero no su casa ni su automóvil.

Aquellas personas que califican, obtienen ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta médica. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para sus costos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para obtener "Ayuda adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para recibir "Ayuda adicional".

Si tiene alguna pregunta sobre "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;
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 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 piensa que usted calificó para obtener "Ayuda adicional" y considera que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando obtiene su medicamento con receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite a usted ya sea solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, entregárnosla.

Si no está seguro sobre qué evidencia darnos, póngase en contacto con Servicios para miembros para pedir asistencia para obtener la mejor evidencia disponible (Best Available Evidence, BAE) y para dar esta evidencia. La evidencia suele ser una carta de la oficina estatal de Seguro Social o Medicaid que confirma que está calificado para recibir "Ayuda adicional". La evidencia también puede ser una documentación emitida por el estado con su información de elegibilidad asociada. Nuestros representantes de Servicios para miembros pueden ayudarlo a obtener su cantidad corregida de copago.

- Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si hay una discrepancia o si podemos resolver la discrepancia sobre su ayuda adicional según la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que necesitemos pedirle que dé documentación, si la tiene disponible. Si no tiene la documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional mediante canales de comunicación y según la guía establecida por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).
- Los documentos listados abajo son válidos para el propósito de establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de entrada en vigor para las personas que se deben considerar elegibles para el Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS). Cada artículo listado abajo debe mostrar que la persona fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
    - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre y la fecha de elegibilidad del beneficiario
    - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de entrada en vigor, no se aceptará como una forma de BAE.
    - Una copia del documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid;
    - Una copia impresa del archivo estatal de la inscripción electrónica que muestre el estado de Medicaid;
    - Otra documentación dada por el estado que muestre el estado de Medicaid;
    - Un informe de contacto, incluso la fecha en que se hizo una llamada de verificación a la Agencia Estatal de Medicaid (State Medicaid Agency) y el nombre, el cargo y el número de teléfono de la persona del personal estatal que verificó el estado de Medicaid;

  - Una remesa de un centro de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes completo calendario para esa persona;
  - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro para un mes completo calendario en nombre de la persona;
  - Una copia impresa de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestren que el estado institucional de la persona basado en al menos un mes completo calendario siga para los propósitos de pago de Medicaid;
  - Aviso de adjudicación del Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI) con una fecha de entrada en vigor;
  - Una carta de Información importante de SSA que confirme que el beneficiario es automáticamente elegible para obtener ayuda adicional; o
  - Para las personas que no se consideran elegibles, pero que aplican y LIS las encuentra elegibles, una copia de la carta de adjudicación de SSA (carta de Aviso, carta de Aviso de cambio, carta de Aviso de acción planeada, carta de Información importante).

Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o el farmacéutico, el abogado, el representante, el familiar u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario está institucionalizado o, a partir de la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe servicios basados en casa o en la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) y califica para cero gastos compartidos:

- Una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid para un mes completo calendario para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona al centro para un mes completo calendario después de junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre que el estado institucional de la persona basado en al menos un mes completo calendario siga los propósitos de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Fecha de entrada en vigor a partir de la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:
  - Un Aviso de acción, un Aviso de determinación o un Aviso de inscripción emitido por el Estado que incluya el nombre y la fecha de elegibilidad de HCBS del beneficiario durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  - Un Plan de servicio de HCBS emitido por el Estado que incluya el nombre y la fecha de entrada en vigor del beneficiario durante un mes después de junio del año calendario anterior;

  - Una carta de aprobación con autorización previa emitida por el Estado para los HCBS que incluya el nombre y el comienzo de la fecha de entrada en vigor del beneficiario durante un mes después de junio del año calendario anterior;
  - Otra documentación dada por el Estado que muestre el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o
  - Un documento emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago para los HCBS, incluidos el nombre y las fechas de los HCBS del beneficiario.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizamos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su siguiente receta médica en la farmacia. Si paga más que la cantidad de su copago, le haremos un reembolso. Podemos enviarle un cheque por la cantidad que pagó de más o podemos compensarle copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado los copagos y estos copagos representan un pago que usted debe a la farmacia, nosotros podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, podemos pagar directamente al estado. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que ADAP también cubre, califican para la asistencia de costos compartidos para los medicamentos con receta médica del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo un comprobante de residencia en el estado y de su situación de VIH, comprobante de bajos ingresos según lo que define el estado y de su situación como persona sin seguro/con cobertura de seguro insuficiente.

Si usted actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar dándole ayuda de gastos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare en relación con los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP. Para asegurarse de que continúa recibiendo esta asistencia, notifíquele a su trabajador local de inscripción en ADAP sobre cualquier cambio en su nombre de plan o número de póliza de la Parte D de Medicare al comunicarse con el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México:

New Mexico Department of Health AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
1190 S. St. Francis Dr.
Santa Fe, NM 87502

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.

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos con receta médica? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta médica. Si recibe "Ayuda adicional", el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura de Medicare no aplica para usted. Si recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos con receta médica durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento y piensa que debió haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó al período sin cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta médica estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con que le debemos un descuento, puede apelar. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) puede ayudarle a presentar una apelación (los números de teléfono aparecen en la Sección 3 de este Capítulo), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios - Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, los martes, los jueves y los viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. 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) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del sindicato/empleador o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre las primas o beneficios médicos de su empleador (o los de su cónyuge) o de jubilados. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). 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 en este plan o los períodos de inscripción para hacer un cambio.

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

CAPÍTULO 3

Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan 42

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 42
Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan 42

SECCIÓN 2 Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica 44

Sección 2.1 Debe elegir a un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le dé atención y la supervise 44
Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP? 46
Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 46
Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red 48

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 48

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 48
Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente por los servicios 50
Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 51

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos? 51

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos 51
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total 52

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 52

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 52
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 53

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica" 55

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención no médica? 55

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica 55

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero 56

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan? 56

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 56

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 56

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 57

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?..... 57

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan

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

Para obtener información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención médica, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted)*.

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para dar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **"Proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando visita a un proveedor de la red, no paga nada o solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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 está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando 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, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) deberá darle su aprobación por anticipado antes de que use otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención 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 o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte 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, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *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 y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor fuera de la red con autorización previa del plan. En este caso, cubriremos estos servicios. 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 servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los 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 un PCP por usted?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es su principal proveedor de atención médica en situaciones que no son de emergencia. Como miembro, puede elegir a cualquier proveedor de la red disponible para que sea su PCP. 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 requieren autorización previa o póngase en contacto con el servicio de atención al cliente al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

¿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.

En el Directorio de Proveedores de nuestro plan encontrará una lista completa de los profesionales y los proveedores de la red. Si necesita ayuda para elegir o cambiar a su PCP, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

Si no puede encontrar a su médico actual en este directorio y quiere confirmar que está en nuestro plan, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

Si está seleccionando un nuevo PCP y quiere saber si acepta nuevos pacientes, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

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

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar un PCP en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Para cambiar a su PCP, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

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

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 contar con la aprobación por anticipado de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis que obtiene 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. Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- 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 brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

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

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.

- Las derivaciones entre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) no son necesarias. Sin embargo, algunos proveedores pueden pedir una derivación.
- Los proveedores dentro de la red deben ayudar a nuestros miembros a obtener una autorización previa.
- 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.
- 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.

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una antelación mínima de 30 días que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para que administre su atención.

Servicios para miembros está disponible para ayudarle a localizar un nuevo especialista o proveedor. Puede consultar una lista de los proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare, o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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 el plan ni el Plan Medicare Original pagarán por esos servicios, excepto en las situaciones listadas 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.
- 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.
- Si necesita un tipo de servicio que no lo puede dar un proveedor dentro de la red, debe obtener una autorización previa antes de obtener el servicio.
- Su PCP o especialista dentro de la red u otro proveedor necesitará ponerse en contacto con nuestro plan para obtener una autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir 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 laica prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le brinden. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Póngase en contacto con nuestro servicio de atención al cliente al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737.

¿Qué está cubierto si tuene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. Para obtener más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención médica. 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. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos los servicios adicionales *solo* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – *o* – la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios de urgencia” y sigue las normas para obtener esta atención urgente (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 de abajo).

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

¿Qué son los "servicios necesarios de urgencia"?

Los "servicios necesarios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La condición imprevista puede ser por ejemplo, una exacerbación imprevista de una condición conocida que usted padece.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

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 programada al médico por teléfono (también le ayuda a usar las Consultas por video)
- Una consulta de atención de urgencia (se aplica el copago por atención de urgencia)
- Una consulta de emergencia (se aplica el copago de emergencia)

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

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

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios necesarios de urgencia ni ninguna otra atención si la recibe afuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

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

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están incluidos en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen según las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que los obtenga. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quieres decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para cubrir los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted 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. Puede llamar a Servicios para miembros cuando quiera saber cuánto ya ha usado de su límite de beneficio.

Nota: Si un servicio no está cubierto por nuestro plan, es posible que Centennial Care (Medicaid) lo cubra. Póngase en contacto con la agencia estatal de Medicaid para obtener información sobre si el servicio está cubierto en virtud de Medicaid y cómo obtener estos 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 contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de buscar voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el mismo.*

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el mismo y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. 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. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que proporcionen su cuidado como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto), para informarles que estará participando en un ensayo clínico y para averiguar información más específica sobre lo que su plan pagará.

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, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

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

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios

cubiertos que recibe en el estudio clínico de investigación. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

> *A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido:* Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es $20 en Medicare Original, pero el examen sería solo $10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el examen y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

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

¿Desea saber más?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa para la atención no médica"

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

Una institución religiosa para la atención no médica es un centro que da atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médica dados por instituciones religiosas no médicas para atención médica.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero

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

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

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), por lo general, no tendrá posesión de los artículos de equipo médico duradero (DME) alquilado, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y qué documentos debe dar.

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

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

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de que regrese a Medicare Original para que sea propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando vuelva a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para obtener cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces, mientras esté inscrito, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno

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

Si sale de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces deberá devolver el equipo de oxígeno al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido por la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es el 20% de coseguro cada mes.

Su gasto compartido no cambiará después de haber estado inscrito por 36 meses en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

La cantidad de gasto compartido podría ser menor si usted es elegible para recibir asistencia en Medicaid. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 1.4.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), se integró a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) durante 12 meses y, después, regresó a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura para equipo de oxígeno.

De forma similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) y luego regresó a Medicare original, deberá pagar el gasto compartido completo de la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos 60

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos 60

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan? 60

Sección 1.3 ¿Cuánto es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 62

Sección 1.4 Nuestro plan también limita sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios 63

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos 63

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará 64

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 64

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)? 112

Sección 3.1 Los servicios *sin* cobertura por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)..... 112

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan o Medicare? 112

Sección 4.1 Servicios sin cobertura por el plan o Medicare 112

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en qué servicios se cubren y qué paga por estos servicios. Incluye una Tabla de beneficios médicos con los servicios cubiertos y muestra cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

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

- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte. (La Sección 1.2 le dice más sobre su deducible del plan).
- Un **"copago"** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información acerca de los copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información sobre su coseguro).

Las personas que califican para la cobertura completa de Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no están sujetas a pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le está pidiendo que pague de manera indebida, póngase en contacto con Servicios para miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es de $233.00. Esta es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que vayamos a pagar nuestra por sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo completo de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su cantidad de copago o coseguro) para el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte del costo de estos servicios aunque usted todavía no haya pagado su deducible. El deducible no aplica para los siguientes servicios:

- Servicios de rehabilitación cardiaca
- Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva
- Servicios de rehabilitación pulmonar
- Terapia de ejercicio supervisada para los servicios de enfermedad arterial periférica
- Hospitalización parcial
- Servicios de médico de atención primaria
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de especialista médico
- Servicios de especialidad de salud mental
- Servicios de podología
- Otro profesional de atención médica
- Servicios psiquiátricos
- Servicios de patología del habla y el lenguaje y terapia física
- Servicios adicionales de telesalud
- servicios para tratamiento de opioides
- Servicios de laboratorio/exámenes/procedimientos de diagnóstico;
- Servicios de radiología de diagnóstico
- Servicios de radiología terapéutica
- Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de observación;
- Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory surgical center, ASC)
- Consumo de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios de ambulancia terrestre
- Servicios de ambulancia aérea
- Equipo médico duradero (DME)
- Prótesis/suministros médicos
- Suministros y servicios para diabetes
- Servicios de diálisis

- Servicios de educación sobre enfermedades renales
- Evaluación de glaucoma
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Enemas de bario
- Exámenes rectales digitales
- Electrocardiograma seguido de "Consulta de bienvenida"
- Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare
- Servicios dentales completos
- Exámenes de la vista
- Anteojos
- Exámenes de la audición

Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.3 ¿Cuánto es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de bolsillo para los servicios cubiertos Parte A y Parte B.

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar de bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), la cantidad máxima que tendrá que pagar de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B en 2022 es de $7,550. 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 paga por sus primas del plan para sus medicamentos con receta médica de Parte D no cuentan para la cantidad máxima de desembolso directo.) Si alcanza la cantidad máxima de bolsillo de $7,550, 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 1.4 Nuestro plan también limita sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de bolsillo para los servicios cubiertos Parte A y Parte B.

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos

Como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que, después de cumplir los deducibles, solo tiene que pagar la cantidad del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le "facturó por saldos", llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si

le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas incluye los servicios que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cubre y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y monitorizando 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 autorización previa están marcados en negrita en la Tabla 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 gastos compartidos para los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que no cubre Medicare, como servicios en el hogar y en la comunidad, atención de largo plazo, sistema de respuesta a emergencias y otros servicios exclusivos de Medicaid.
- Como todos los planes de salud 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 2022*. Véalo en línea en www.medicare.gov o

solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- **También cubrimos sin ningún costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo de Medicare Original. Sin embargo, si recibe tratamiento o control para alguna condición médica existente durante la consulta en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la condición médica existente.**
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, 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. Las cantidades de costos compartidos de Medicare para beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si usted es elegible para recibir asistencia de gastos compartidos de Medicare según Medicaid, no debe pagar nada por los servicios que se incluyen en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura mencionados arriba.

Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado, o especialista en enfermería clínica.	No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor en la región lumbar Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas en estas circunstancias. Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones; y • no está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden dar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o tiene una recaída. Requisitos del proveedor: Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen: • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acceder a en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Acupuntura para el dolor en la región lumbar (continuación) • 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 acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27. Los servicios cubiertos incluyen:	
• Consultas de rutina, hasta 12 consultas por año	Sin cargo
Servicios de ambulancia	**Se necesita autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.**
• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan.	Paga un 0-20% de coseguro
• Además, cubrimos los servicios de una ambulancia con licencia sin autorización previa (incluido el transporte mediante el sistema de respuesta de emergencia 911, cuando sea posible) al centro apropiado más cercano si cree que tiene una condición médica de emergencia y que su condición requiere el soporte clínico de los servicios de transporte de ambulancia.	Sin cargo, si es transferido de un centro a otro durante una hospitalización
• El coseguro aplica una vez al día por viaje cuando hay más de un viaje en un solo día. • El coseguro no se exonera si lo hospitalizan.	Es posible que sea responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no sean médicamente necesarios.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación) **El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado 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.**	
Visita de bienestar anual Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que recibe durante su consulta.
Medición de masa ósea Para las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coaseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses	No hay coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	Paga un 0-20% de coseguro
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Chequeo de la enfermedad cardiovascular Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coaseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: examen de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:	
• Manipulación de la columna para corregir una subluxación	Paga un 0-20% de coseguro
• Consultas de rutina, hasta 25 consultas por año	Sin cargo
Evaluación para la detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes servicios cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para detección como una alternativa) cada 24 meses	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Evaluación para la detección de cáncer colorrectal (continuación) Para personas que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopía preventiva cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia preventiva	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por el Medicare Original. Nosotros cubrimos: **Servicio preventivo:** • Exámenes bucales • Limpieza • Tratamiento con flúor • Radiografías odontológicas **Servicio integral:** • Servicios de restauración • Extracciones • Servicios de periodoncia • Cirugía bucal de prostodoncia • Servicios maxilofaciales • Hay una cantidad máxima combinada para el plan dental preventivo y completo de $3,000 por año. • Evaluación bucal periódica, exámenes bucales amplios y reevaluación limitada enfocada en un problema: dos cada 12 meses. • Exámenes bucales limitados: tres cada 12 meses. • Examen bucal completo y evaluación periodontal completa: uno cada 36 meses por proveedor por lugar. • Tratamiento paliativo. • Profilaxis, con aumento en presencia de inflamación gingival generalizada, moderada o grave, boca completa: 2 cada 12 meses.	$3,000 de límite anual

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios dentales (continuación) • Procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa): 4 cada 12 meses. • Radiografía de mordida (una, dos tres cuatro imágenes): 1 cada 12 meses. • Serie intrabucal completa, radiografía de mordida vertical, imagen radiográfica panorámica: una cada 36 meses. • Imagen intrabucal periapical. • Imagen radiográfica intrabucal oclusal: 2 cada 24 meses. Los implantes dentales no están cubiertos.	
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios y suministros y capacitación del autocontrol de la diabetes	**Se pueden aplicar normas de autorización.**
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 para glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa* para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores o Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas	Sin cargo
o Las tiras reactivas y las lancetas se limitan a una cantidad máxima de 102 por 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y 204 por 30 días para los miembros con dependencia de insulina	La cobertura se limita a los productos de la marca Accu-Chek.
• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	Paga un 0-20% de coseguro
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajos ciertas condiciones.	Paga un 0-20% de coseguro
* Los monitores continuos de glucosa en la sangre (CGM) y los suministros están cubiertos en los servicios de Equipo médico duradero (DME). Consulte la sección de DME para obtener información del coseguro de los productos CGM.	**Aplican reglas de autorización para los productos de monitoreo continuo de glucosa en sangre.**

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Encuentre la definición de "equipo médico duradero" en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen pero no se limitan a las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas eléctricos para colchones, los suministros para la diabetes, las camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, las bombas de infusión intravenosa, los dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, los nebulizadores y los andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor del DME en su área no usa una marca o un fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. Para obtener la lista más reciente de proveedores del DME disponibles en nuestro directorio de proveedores, póngase en contacto con Servicios para miembros. 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, usted le puede pedir que lo remita para una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es el adecuado para su condición médica. Si desea más información sobre las apelaciones, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).	**Se pueden aplicar normas de autorización.** Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de emergencia	
La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son dados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia	Paga un 0-20% de coseguro hasta $90 (se exonera si lo hospitalizan)
Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.	
El costo compartido por servicios de emergencia necesarios dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención, *o bien*, debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Nuestro plan no cubre ningún servicio, incluidos los servicios necesarios de emergencia o de urgencia, si recibe la atención fuera de los Estados Unidos o sus territorios.	Es responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Pruebas genéticas y asesoramiento	**Se necesita autorización antes del servicio.**
• Asesoramiento genético por parte de un profesional con licencia apropiada (en apoyo de pruebas genéticas anticipadas o para discutir los resultados de las pruebas genéticas)	**Visitas en el consultorio del PCP:** Paga un 0-20% de coseguro por consulta **Consulta con un especialista:** Paga un 0-20% de coseguro por consulta
• Las pruebas genéticas están cubiertas conforme a lo determinado por la legislación reguladora y los criterios de necesidad médica basados en directrices clínicas y organizaciones profesionales revisados por pares	Sin cargo
Programas de educación médica y para el 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 Para obtener más información sobre nuestra orientación, clases, programas y material de formación de la salud, comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711).	No hay un coseguro, un copago o un deducible para las pruebas de evaluación de diabetes cubiertas por Medicare. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Membresías del Gimnasio Healthways SilverSneakers® **Membresía de SilverSnearkers®** SilverSneakers puede ayudarlo a vivir más saludable, a tener una vida más activa a través de la condición física y las relaciones sociales. Usted está cubierto con un beneficio de condición física a través de SilverSneakers en los centros participantes[1]. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios en grupo diseñadas específicamente en los centros participantes de todo el país[1]. Puede tomar clases[2] y usar equipo de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales mediante SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita es su número de identificación personal de SilverSneakers®. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este. **Siempre hable con su médico antes de comenzar 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.	Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Membresías del Gimnasio Healthways SilverSneakers® (continuación) SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers Go son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. © 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.	
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su PCP o proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las da un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Un (1) examen de audición de rutina cada año • El gasto compartido correspondiente aplicará para cualquier otro examen.	Sin cargo
Audífonos Hasta $2,000 hacia el costo de dos aparatos auditivos no implantables del catálogo aplicable de TruHearing Choice cada dos años (limite un aparato auditivo por oído). **La compra de audífonos incluye:** • Tres visitas al proveedor dentro del primer año después de la compra del aparato auditivo • Período de prueba de 45 días • Garantía extendida por 3 años • 48 baterías por audífono (para modelos no recargables) **El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:** • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos	Sin cargo Asignación de $2,000 cada 2 años para ambos oídos combinados

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Audífonos (continuación) • Visitas adicionales al proveedor • Aparatos auditivos que no están en el catálogo TruHearing correspondiente • Costos asociados con los reclamos de garantía por pérdida o daños Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Los costos de los aparatos auditivos no están sujetos al máximo de gastos de bolsillo.	
Pruebas de detección del VIH Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Atención de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor.	**Se pueden aplicar normas de autorización**

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de una agencia de salud en el hogar (continuación) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos Presbyterian Home Health presta los servicios de atención médica en casa. Si 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.	Sin cargo
Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros: • Atención de apoyo • Asistente de atención personal • Servicios de atención personal (Personal care services, PCS) Nota: • Un asistente de atención médica en casa no puede dar los servicios por su cuenta; un enfermero necesita estar presente. • 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.	Es responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:	**Es posible que se requiera autorización.**
• 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 en el beneficio de equipo médico duradero	Sin cargo
• Monitoreo a distancia • El servicio de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa	Cualquier gasto compartido que corresponda también podría aplicar a los medicamentos recetados de la Parte B o la Parte D que reciba durante la cita.
Cuidados paliativos Debe recibir cuidado de un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en el hogar	Cuando 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 diagnóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) Para los servicios en un centro de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su diagnóstico terminal: Medicare Original (y no nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de un centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos enviará las facturas de los servicios por los que paga Medicare Original a Medicare Original. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal: Si usted necesita los servicios necesarios de no urgencia o no 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 utiliza un proveedor de nuestra red del plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, paga el costo compartido bajo Medicare de Tarifa por servicio (Medicare Original) Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que están sin cobertura 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 diagnóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?).* **Nota:** Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D. • Las vacunas del formulario en una farmacia están disponibles para el copago correspondiente de medicamentos con receta médica. • Es posible que algunas vacunas se obtengan mediante una farmacia calificada o en el consultorio de su médico. Ahora, muchas vacunas se consideran vacunas de la Parte D y se aplicarán a su beneficio de farmacia de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para la neumonía, influenza, hepatitis B ni para la vacuna del COVID-19. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Aplican algunas restricciones para las inmunizaciones e incluye, entre otros: • Vacuna contra la gripe de alta dosis	No está cubierto para miembros menores de 65 años.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados empieza el día en que lo hospitalizan formalmente con una orden del médico. El día antes del que se le da de 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 regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias de paciente hospitalizado	**Se necesita autorización.** Un deducible por ingreso se aplica una vez durante el período de beneficios definido. 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 como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios. Días 1-60: $1,556 de deducible y sin coseguro por cada período de beneficio Días 61-90: $389 de copago por día Días 91 y posteriores: $778 de copago por día

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)	
• Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si 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 de médicos Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Si lo admiten en el hospital en el 2021 y recién le dan de alta en algún momento en el 2022, el costo compartido del 2021 se aplicará a esa admisión hasta que le den de alta del hospital o el centro de enfermería especializada.	Sus gastos compartidos dependen de su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) **Nota:** Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital. Para coordinar los servicios cubiertos, llame a Servicios para miembros. Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Si lo admiten a un hospital en 2021 y no le dan el alta hasta el 2022, el costo compartido de 2021 se aplicará a una admisión hasta que le den el alta del hospital o el centro especializado de enfermería	**Se necesita autorización.** Un deducible por ingreso se aplica una vez durante el período de beneficios definido. 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 como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)	Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios. Días 1-60: $1,556 de deducible y sin coseguro por cada período de beneficio Días 61-90: $389 de copago por día Días 91 y posteriores: $778 de copago por día Sus gastos compartidos dependen de su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:	Es posible que sea responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no sean médicamente necesarios. Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado (continuación) • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional	
Beneficios de comidas Este programa está diseñado únicamente para que se mantenga sano y fuerte mientras se recupera después de pasar de un entorno de hospitalización. • El beneficio de comidas solo se ofrece a los miembros después de una estadía hospitalaria o después de darle el alta en un centro especializado de enfermería y lo debe ordenar un médico o un profesional no médico como parte del proceso de planificación del alta.	Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Beneficios de comidas (continuación) • El máximo del beneficio de comidas es de 20 comidas durante un período de cuatro (4) semanas después del alta.	
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario. **Sesiones adicionales de 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 para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:
• El tratamiento de pérdida de peso está incluido, pero no se limita a:
  ○ Suplementos alimenticios
  ○ Programas de pérdida de peso y de ejercicio
  ○ Medicamentos
  ○ Grupos de autoayuda
	Puede ser responsable del 100% de los costos.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Se cubrirán los servicios de MDPP para los miembros elegibles. MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable. Para obtener más información sobre el Programa de prevención de la diabetes de Medicare, comuníquese con Solutions Group llamando al (505) 923-5454 para dejar un mensaje (TTY 711) o envíeles un correo electrónico a wellness@phs.org.	No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B y Parte D. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia	**Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare requieren autorización previa.** **Los medicamentos también podrían estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.** Para obtener más información sobre los requisitos de terapia escalonada, consulte el Capítulo 5, Sección 4.2 *(¿Qué tipos de restricciones?)* Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante del órgano • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea • Ciertos medicamentos para diálisis en la casa, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Los medicamentos o las categorías que podrían estar sujetos a terapia escalonada incluyen: Prolia, Viscosupplementation, Botox, Filgrastim, Pegfilgrastim, Immunoglobulins, Rituximab, Avastin. Esto está sujeto a cambios, visite el enlace de abajo para ver la versión más actualizada. El siguiente enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada:www.phs.org/Medicare También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Línea directa de enfermería – PresRN Tiene acceso de miembro a PresRN, un servicio de la línea de asesoramiento de enfermeros que está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, incluyendo feriados. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 3.2. (505) 923-5573 (Sujeto a los cargos de llamada local/larga distancia aplicables, dependiendo de su plan de teléfono).	Sin cargo
Pruebas de detección y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Servicios del programa de tratamiento por opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento para el abuso de sustancias • Terapia individual y en grupo	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios del programa de tratamiento por opioides (continuación) • Exámenes toxicológicos • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	

Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:
• 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 comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
• Evaluaciónes y pruebas de alergias
• Inyecciones para alergias
• Pruebas de alergia y materiales de tratamiento administrados durante una consulta cubierta
• Mamografías de diagnóstico
• Derivación de estudios de eco de tensión a tensión nuclear
• Electrocardiograma
• Electroencefalogramas
• Cardiología nuclear
• Estudios del sueño
• Radiografías y ultrasonidos
• Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias:
  o Tomografía computarizada (Computed Tomography, CT)
  o Angiografía de resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiogram, MRA)
	Se pueden aplicar normas de autorización.
	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) o Imágenes de resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) o Tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) • Medida de masa ósea o Para obtener información de densitometría ósea, consulte los servicios de "medidas de masa ósea" en esta tabla.	
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar alta. Para que los servicios de supervisión hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, es necesario que cumplan con los criterios de Medicare y que se consideren razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de certificación y los estatutos del personal del hospital para ingresar a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo	**Se pueden aplicar normas de autorización.** Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico, u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Es posible que reciba un número ilimitado de sesiones de terapia individual y grupal. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).	Paga un 0-20% de coseguro
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Los servicios de consumo de sustancias dados por un psiquiatra o un médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes. Damos tratamiento y servicios de asesoramiento para diagnosticar y tratar el consumo de sustancias, incluidas: • Consultas de terapia grupal • Consultas de terapia individual Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	Paga un 0-20% de coseguro
Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.	**Se pueden aplicar normas de autorización.** Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC) Como un miembro de la red de OTC, tiene acceso instantáneo a su cuenta mediante el uso de una aplicación móvil. La Aplicación móvil de la red de OTC le permite hacer un seguimiento de su cuenta y encontrar fácilmente artículos y descuentos elegibles cuando compra en tiendas participantes, al alcance de su mano, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener más información sobre la Red de OTC, visite www.ConveyBenefits.com/Presbyterian o llame al 1-855-858-5937.	$305/asignación trimestral (se transfiere al final del año) Catálogo, en tienda, y opción en línea para comprar sus suministros
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.	**Se pueden aplicar normas de autorización.** Paga un 0-20% de coseguro
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios dados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista.	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios

Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis en la casa en un centro de diálisis renal con base en un hospital o de acceso crítico con base en un hospital, en un centro de diálisis renal o en su casa
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté
• Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté
• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono 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 visita en la clínica en un plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita
• Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de un plazo de 24 horas, **si**:
  o No es paciente nuevo **y**
  o La evaluación no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días **y**
  o La evaluación no da lugar a una visita 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
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación) • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los da un médico)	Sin cargo

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

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Paga un 0-20% de coseguro
Prueba de detección 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 para una prueba anual de PSA. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Dispositivos prostáticos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, los marcapasos, los aparatos ortopédicos, los zapatos ortopédicos, las extremidades artificiales y las prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles.	**Se pueden aplicar normas de autorización.** Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) entre moderada y muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica.	Paga un 0-20% de coseguro
Exámenes físicos 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. • Uno por año calendario	No hay coseguro, copago, ni deducible por un examen físico de rutina. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Servicios de transporte de rutina • 50 viajes de ida por año Para coordinar este beneficio de transporte, comuníquese con nuestro socio de transportes llamando al (505) 923-6300 o llamando sin costo al 1-855-774-7737. Se necesita un aviso con 48 horas de anticipación para programar un viaje.	Sin cargo
Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol (continuación) 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.	El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: personas que tienen entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante al menos 30 años y que, actualmente, fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años; quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la evaluación de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas consultas y la dé un médico o un profesional no médico calificado. *En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial*: el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay copago, coaseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cubrimos pruebas de detección para las enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI. Nosotros cubrimos exámenes de infecciones de transmisón sexual (STI) para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una STI cuando los exámenes son oredanos por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoría conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un Proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI. El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen:	
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3)	Paga un 0-20% de coseguro
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 médica de la Parte B de Medicare”.	Para obtener más información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en la casa (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua)	
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)	**Se necesita autorización** Un deducible por ingreso se aplica una vez durante el período de beneficios definido. 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 como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)	Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios. Días 1-60: $1,556 de deducible y sin coseguro por cada período de beneficio Días 61-90: $389 de copago por día Días 91 y posteriores: $778 de copago por día Sus gastos compartidos dependen de su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	**Se necesita autorización.**
(Para obtener una definición de "Atención en un centro de enfermería especializada", consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces "SNF").	La estadía hospitalaria de 3 días se necesita para que nuestro plan cubra su estadía del SNF.
Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada	Días 1 a 20: Sin cargo

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/profesional Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de 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 hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital.	Días 21 a 100: $194.50 de copago por día Día 101 y demás días: 100% de los costos Sus gastos compartidos dependen de su nivel de asistencia mediante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. Usted está cubierto hasta por 100 días en SNF. Es responsable del 100% de los costos de los 101 días en adelante por admisión.

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

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) (continuación) **Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar:** No hay límites en el número de sesiones de asesoramiento en persona o por teléfono.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Paga un 0-20% de coseguro

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Servicios necesarios de urgencia	
Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. El costo compartido por servicios necesarios de urgencia dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red. **Dentro de nuestra área de servicio:** debe conseguir atención urgente de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible temporalmente o no se pueda acceder a ella debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, una catástrofe grave). **Fuera de nuestra área de servicio:** si necesita atención médica de inmediato por una enfermedad o una lesión imprevista y cree que su salud empeoraría gravemente si retrasara el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio.	**Dentro y fuera de la red:** Paga un 0-20% de coseguro hasta $65
Nuestro plan no cubre ningún servicio, incluidos los servicios necesarios de emergencia o de urgencia, si recibe la atención fuera de los Estados Unidos o sus territorios.	Es responsable del 100% de los costos.
Cuidado de la vista	
Los servicios cubiertos incluyen: • Un examen de rutina anual	Sin cargo El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
Cuidado de la vista (continuación)	
• Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto	Paga un 0-20% de coseguro
• Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años	Paga un 0-20% de coseguro
• Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.	Sin cargo
• Asignación de anteojos y lentes con receta, de rutina, para monturas, anteojos, lentes de contacto y ajustes para los lentes de contacto cuando se suministran en el consultorio de un proveedor dentro de la red	Asignación de $275 por año
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación).	Paga un 0-20% de coseguro
Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare"

Servicios cubiertos	**Lo que deberá pagar** cuando reciba estos servicios
detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.	
Visita de prevención "Bienvenido a Medicare" (continuación) **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenido a Medicare" solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígale a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

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, Centennial Care (Medicaid Fee-for-Service) cubre los artículos o los servicios que Medicare excluye. Para obtener más información sobre los beneficios de Centennial Care (Medicaid), llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios sin cobertura por Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), pero que están disponibles mediante Medicaid, consulte el Manual para el miembro de Centennial Care (Medicaid).

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

Sección 4.1 Servicios sin cobertura por el plan o Medicare

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos". Excluido significa que ni el plan ni Medicare cubren estos servicios.

La tabla de abajo describe algunos de los servicios y los artículos que el plan o Medicare no cubre bajo ninguna condición o el plan o Medicare solo cubre bajo condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de abajo.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		✓ Cubierto para dolor lumbar crónico
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, y también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
La atención de apoyo es atención personal que se da en un asilo de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
vida diaria como bañarse o vestirse.		
Servicios dentales, como injertos de hueso, procedimientos cosméticos, implantes, regeneración de tejido y servicios dentales asociados.	✓	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos Los artículos y los procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica		✓ Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	✓	
Entrega de comidas en su hogar		✓ El beneficio de comida máximo es de 20 comidas durante un período de cuatro (4) semanas después del alta
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los cuales están la limpieza del hogar y la	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
preparación de alimentos sencillos.		
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternos)	✓	
Atención dental que no es de rutina		✓ La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Habitación privada en un hospital		✓ Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente	✓	
Atención de rutina de los pies		✓ Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (p. ej., si tiene diabetes)
Aparatos auditivos y exámenes para ajustar los aparatos auditivos.		✓ Solo aparatos auditivos de la marca TruHearing y proveedores
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Todo tratamiento o servicio prestado por, o bajo la dirección de un proveedor de servicios de atención médica que no tenga licencia para prestar servicios, o que no esté operando dentro del alcance de la licencia	✓	
Atención en un centro de cuidados intermedios autorizado, a menos que esté cubierto por Medicare (como la atención médica en la casa o los cuidados paliativos)	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención en un centro residencial donde pase la noche, excepto por la atención cubierta por Medicare o por un centro autorizado que dé servicios de recuperación residencial de transición cubiertos que se describan en la Tabla de beneficios médicos	✓	
Terapia de quelación	✓	
Consultas por beneficios no cubiertos	✓	
Medicamentos que no cumplen con la definición de medicamentos de la Parte B o la Parte D	✓	
Procedimientos o servicios de mejoras opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del pelo, el desempeño sexual, el desempeño atlético, los fines cosméticos, el antienvejecimiento y el desempeño mental		✓ Excepto cuando es médicamente necesario
Artículos de anteojos que no requieren prescripción médica por ley (aparte de los armazones), como soportes, estuches y kits de reparación de anteojos	✓	
Artículos de anteojos y lentes de rutina, con receta		✓ Cantidades mayores de los $275 de asignación anual para anteojos y lentes.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
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	✓	
Medicamentos con receta médica para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia	✓	
Reemplazo de medicamentos por pérdida, robo, daño o destrucción	✓	
La atención de rutina no asociada con el estudio clínico está sujeta a todos los términos, las condiciones y las restricciones, las exclusiones y otras coberturas de nuestro plan	✓	
Servicios de rutina o electivos, que incluyen análisis de laboratorio o atención médica,	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
cuando proveedores que no pertenecen al plan los dan sin la aprobación previa del Director médico del Presbyterian Health Plan		
Servicios para cualquier enfermedad o lesión que ocurra durante el trabajo y que usted sea elegible para recibir compensación en virtud de cualquier ley de compensación al trabajador o ley de responsabilidad del empleador, sin importar si reclama los beneficios o recupera las pérdidas de un tercero	✓	
Servicios 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		✓ Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.

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

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 125

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D 125

Sección 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D 125

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan 126

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red 126

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red 126

Sección 2.3 Cómo usar los servicios del plan de pedido por correo 127

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? 129

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan? 129

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 131

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 131

Sección 3.2 Existen cinco "niveles de costos compartidos" para los medicamentos en la Lista de medicamentos 132

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 133

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 133

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 133

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 134

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos? 135

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto? 135

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto 135

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera? 136

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? ... 138

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 138

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando? ... 139

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 141

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 141

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica ... 142

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía ... 142

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía? ... 142

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 143

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? ... 143

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo (Long-term Care, LTC)? ... 143

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados? ... 144

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? ... 144

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos ... 145

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura ... 145

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 ... 146

Sección 10.3 Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ... 147

¿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 separado llamado "Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica" (también conocido como "Anexo de Subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le indica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al servicio de atención al cliente y pida el "Anexo LIS" (los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le indica qué es lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. Mediante su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, generalmente, cubre los medicamentos que se le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le indica los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía en un centro de enfermería especializada u hospital cubiertos, y sus beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal ni con las condiciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por los beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?)*. Para obtener más información sobre la cobertura del centro de cuidados paliativos, consulte la sección del centro de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La sección 9, *cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y de Medicare Original.

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 1.2 Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta médica.

- El profesional que receta deberá aceptar Medicare o bien presentar documentación a CMS que demuestre que está calificado/a para emitir recetas, o se le negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que las llame o que vaya a una consulta, debe consultarles a las personas que le escriben recetas si cumplen con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que receta envíe la documentación necesaria que se procesará.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o mediante el servicio de medicamentos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (la llamamos la "Lista de medicamentos") del plan. (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o que está respaldada por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Presente sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de medicamentos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, utilice una farmacia de la red

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos con receta médica cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores*, visite nuestro sitio web (www.phs.org/Medicare) o póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta médica al proveedor o puede solicitar que su receta médica se transfiera a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado utilizando se retira de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 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 médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (conocido también como LTC). Generalmente, un centro LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención de largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza el centro de LTC. 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 para los Indígenas/de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Las farmacias que surten medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario sucede con poca frecuencia).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores* o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios del plan de pedido por correo

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo

son medicamentos que usted toma de manera regular, para 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 Servicios para miembros de Presbyterian (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto) o enviar un correo electrónico a info@phs.org.

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

Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si desea el medicamento de manera inmediata o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad, y forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier retraso en el envío.

Nuevos surtidos de recetas con pedido por correo. Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de registrarse para un servicio de surtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestren que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada nuevo surtido de receta para asegurarse de que necesita más medicamento. Usted podrá cancelar los nuevos surtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió. Si opta por no usar el programa de surtido

automático, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que crea que se le va a acabar el medicamento que tiene para asegurarse de que el siguiente pedido le llegue a tiempo.

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

Así que la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de dar a la farmacia los datos para que se ponga en contacto con usted.

Póngase en contacto con Servicios para miembros para recibir ayuda (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede enviarnos un correo electrónico a info@phs.org.

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

El plan ofrece dos (2) formas de obtener un suministro a 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). Puede ordenar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de proveedores le indica qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede ponerse en contacto con Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

2. Puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. El servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de envío por correo.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se encuentran las

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

- Cubriremos las recetas médicas que se surtan en una farmacia fuera de la red si dichas recetas médicas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o una atención de urgencia. En este caso, es posible que tenga que pagar el costo total (en lugar de pagar únicamente su copago) cuando surta su receta. Puede pedir que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido al presentar el formulario de reclamación por escrito. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que sea responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró. Para informarse sobre cómo presentar un reclamo por escrito, consulte el proceso de reclamos por escrito que se describe más adelante.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que 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.

En estas situaciones, **consulte primero con Servicios para miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

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

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

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

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (la Sección 1.1 de este capítulo explica acerca de los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos con receta médica están cubiertos para usted de acuerdo con los beneficios de Medicaid. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en virtud de sus beneficios Medicaid al ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Medicaid) o el plan médico Medicaid listado en el Capítulo 2 de este folleto. Es posible que su plan médico de Medicaid o el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Medicaid) le dé una Lista de medicamentos de Medicaid que le indique cómo averiguar qué medicamentos cubre Medicaid.

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

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta médica que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y con frecuencia cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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 Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿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 médica en virtud de sus beneficios Medicaid al ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Medicaid) o el plan médico Medicaid listado en el Capítulo 2 de este folleto. Es posible que su plan médico de Medicaid o el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Medicaid) le dé una Lista de medicamentos de Medicaid que le indique cómo averiguar qué medicamentos cubre Medicaid.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta médica.

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

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

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

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

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

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

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

Tiene tres (3) maneras para averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. 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. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta médica, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en formas más eficaces. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su estado médico y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione tan bien como un medicamento de costo alto, las normas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo más bajo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura

y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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 se apliquen distintas restricciones o costos compartidos sobre la base de factores como la concentración, la cantidad o la formulación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos en las maneras más efectivas. Las siguientes secciones explican más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

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

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A esto se le llama **"autorización previa"**. Algunas veces el requisito de obtener la aprobación por anticipado sirve para alentar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito lo anima a probar un medicamento menos costoso, pero generalmente tan efectivo, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica 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 da ningún resultado, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"terapia escalonada".**

Límites de cantidades

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

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para ver la información más actualizada, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.phs.org/Medicare).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe ponerse en contacto con Servicios para miembros para conocer qué necesita usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que nosotros le anulemos la restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento con receta médica que está tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o está pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento pero la versión de marca que desea no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas y restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso.

Por ejemplo, se puede requerir que pruebe otro medicamento primero para ver si funciona antes de cubrir el medicamento que usted desea. O, es posible que existan límites sobre la cantidad de medicamento (número de píldoras, etc.) cubierto durante un período determinado de tiempo. En algunos casos, es posible que desee que no se aplique la restricción para usted.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la manera que le gustaría que estuviera cubierto.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

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, hay cosas que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (únicamente miembros en ciertas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para tener el medicamento cubierto.
- 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 ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y determinar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. **El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:**
    - El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de medicamentos del plan**.
    - -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna manera** (la Sección 4 en este capítulo le explica las restricciones).

2. **Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:**

   - **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan del año pasado:**

     Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía del plan si fuera nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan del año pasado**. 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 de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo podría dar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

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

     Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular o menos, si su receta médica está escrita para menos días. Esto es adicional a la situación al suministro de transición temporal que se indica 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.

Para pedir un suministro temporal, puede ponerse en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le explican más sobre estas opciones.

Cambiar a otro medicamento

Empiece por hablar con su proveedor. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. Puede llamar a Servicios para miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

SECCIÓN 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 podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizá el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **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** (para obtener más información sobre las restricciones de una cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios a la cobertura afectan de inmediato a su medicamento?

Cambios que le pueden afectar ese año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambio de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
    - Podríamos quitar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasar a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones.
    - Podríamos no informarle por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca
    - Usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
    - Si está tomando el medicamento de marca cuando hacemos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos que hicimos. También incluirá información sobre las acciones que puede tomar para pedir una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

  - De vez en cuando, un medicamento podría retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto sucede, retiraremos el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona que receta también estará enterada de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otros medicamentos para su condición.

- **Otros cambios en la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. Además, podríamos hacer cambios según las advertencias en caja de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y una surtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con la persona que receta para cambiar a un medicamento genérico que cubramos.
  - O, usted o la persona que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Cambios a medicamentos en la en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que toman el medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán sino hasta el 1 de enero del siguiente año si continúa en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si alguno de estos cambios afecta un medicamento que está tomando, (pero no debido a un retiro del mercado un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como parte del costo compartido hasta el 1 de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún incremento en sus pagos ni se agregará ninguna restricción al uso del medicamento. No recibirá aviso directo este año sobre los cambios que no le afecten. Sin

embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que revise la Lista de medicamentos del año nuevo para ver si hay algún cambio a los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos por los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La nica excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra bajo apelación, como un medicamento que no está excluido bajo la Parte D y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información a cerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 en este folleto). 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 comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso para indicaciones no autorizadas. El "uso para indicaciones no autorizadas" es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
    - Por lo general, la cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX. Si ninguna de estas referencias respalda el uso del medicamento, entonces nuestro plan no puede cubrir el "uso para indicaciones no autorizadas".

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían contar con la cobertura de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos sin receta médica (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se utilizan para promover la fertilidad

- Medicamentos cuando se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos cuando se utilizan para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Productos de vitaminas y minerales con receta médica, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga exclusivamente del fabricante como una condición de venta

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía al plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan por nuestra parte de costo compartido del costo de su medicamento con receta médica cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte de costo compartido cuando recoja su receta médica.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no lleva su tarjeta de membresía al plan cuando surte su receta médica, solicite a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

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

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

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

Si es admitido a un hospital oa un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta médica durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando el medicamento cumpla con todas las normas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que indican sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) le ofrece más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

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

Revise su *Directorio de proveedores* para saber si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de atención de largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro para 31 días como máximo, o menos si la receta médica está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo (LTC) puede dar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar desperdicio). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica está escrita para menos días.

Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Quizá existe un medicamento diferente que el plan cubre y que también podría funcionarle. O 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 usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le indica qué hacer.

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

¿Tiene (usted o su cónyuge) actualmente otra cobertura de medicamentos con receta médica a través de su empleador o grupo de jubilados? Si es así, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta médica con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos con receta médica que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Aviso especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta médica para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

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

Guarde 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 estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura aceptable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable de parte de su plan de grupo de jubilados o empleador, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de jubilados o empleador, o del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, medicamentos laxantes o medicamentos contra el dolor que no estén cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no se relacionan con su

enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea de quien le escribe las recetas médicas o de su proveedor de cuidados paliativos, en la que se explique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a quien le escribe las recetas médicas que se asegure de que recibamos la notificación en la que se explica que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que usted solicite a una farmacia que surta su receta médica.

Si usted revocara su elección de centro de cuidados paliativos o si fuera dado de alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar su documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o su condición de alta. Consulte las partes anteriores de esta sección acerca de las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D; el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) da más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

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

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para ayudar a nuestros miembros a garantizar que están obteniendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios ya que está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas médicas escritas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos con opioides

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

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

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

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

Si pensamos que una o más de estas limitaciones debería aplicar para usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique las limitaciones que, en nuestra opinión, deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de hacer mal uso de los medicamentos con receta con la limitación, usted o la persona que receta tiene derecho a pedirnos una apelación. Si opta por apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo comunicarse presentar una apelación.

El DMP podría no aplicarse para usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias condiciones médicas o deben tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o los costos de sus medicamentos son muy elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de administración de terapia con medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre cómo tomar mejor sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga acerca de su receta médica y los medicamentos de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta revisión. El resumen tiene un plan de acción médico que recomienda lo que puede hacer para usar mejor sus medicamentos y tendrá espacio para que usted haga sus anotaciones o escriba cualquier pregunta que tenga de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información de cómo desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para poder hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve consigo, además, su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con sus documentos de identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 152

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 152

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos 153

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que está cuando obtiene el medicamento 153

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)? 153

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago está 154

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D") 154

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 155

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, paga el costo total de sus medicamentos 156

Sección 4.1 Permanece en esta Etapa del deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos 156

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte 157

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 157

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento 158

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 159

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de hasta 90 días de un medicamento a largo plazo 160

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430 163

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 163

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050 163

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta médica 164

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos 166

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año 166

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 167

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de colocación de la vacuna 167

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna..... 169

¿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 separado llamado "Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta médica" (también conocido como "Anexo de Subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le indica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para miembros y pida el "Anexo LIS." (Los números de teléfono de servicios al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica 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 que brindamos en este capítulo, debe conocer lo fundamental de cuáles medicamentos están cubiertos, donde surtir sus recetas médicas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estos materiales explican los aspectos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar, le llamamos la "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos indica cuáles medicamentos están cubiertos para usted.
  - También indica en cuál de los cinco (5) "niveles de costo compartido" está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento para usted.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica, incluidas las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta médica no cubre nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de proveedores* tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta médica para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe conocer sobre los tipos de costos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga se llama "costo compartido" y existen tres modos en los que se le puede solicitar el pago.

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

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la 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)?

Como se muestra en la tabla de abajo, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare en virtud de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas está en el momento en que obtiene un surtido o nuevo surtido de una receta médica. Tenga presente que siempre es su responsabilidad el pago de la prima mensual del plan independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta médica, su cantidad deducible será de $0 o $99, según el nivel de "Ayuda adicional" que reciba. (Consulte "Cláusula LIS" para obtener información sobre la cantidad de su deducible).	Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta médica. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Después de que usted (u otra persona en su nombre) cubre su deducible, el plan paga la parte	Permanece en esta etapa hasta que sus "costos de bolsillo" (sus pagos) del año a la fecha suman un total de $7,050. Esta cantidad y las reglas para cómo cuentan los costos para esta cantidad han sido	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría de los costos** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Si su deducible es de $0: Esta etapa de pago no se aplica a usted. Si su deducible es de $99: Paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado $99 por sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta médica, su deducible es de $480. Si su deducible es de $480: **Paga el costo total** de sus medicamentos hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos. (La información está en la Sección 4 de este capítulo).	de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que sus "costos de bolsillo" (sus pagos) del año a la fecha lleguen a $7,050. Si no recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta médica, permanece en esta etapa hasta que sus "costos totales de medicamentos" del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) suman un total de $4,430. (Encuentre detalles en la Sección 5 de este capítulo).	establecidas por Medicare. (Encuentre detalles en la Sección 6 de este capítulo).	diciembre del 2022). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

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 informe mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D")

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

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D da más información de los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con

un costo compartido más bajo que puedan estar disponibles. Debe consultar con el proveedor que receta sobre estas opciones de costo más bajo. 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 tendrá el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Acá se incluirá información de otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo con receta que puedan estar disponibles.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta médica.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas médicas que surte y lo que está pagando, muestre su tarjeta de membresía de plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Habrá momentos en que sea posible que usted pague por medicamentos con receta médica cuando no obtengamos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar control de sus costos de bolsillo, puede darnos copias de sus recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). Aquí presentamos algunas situaciones en las que le aconsejamos que nos dé copias de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se dan bajo un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.

  - Cualquier ocasión en que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos realizados por otras ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"), revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener una copia al iniciar sesión en myPRES, en www.phs.org/myPRES. Seleccione "MyHealthPlan" y luego seleccione "Financial Information" (Información financiera). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

Sección 4.1 Permanece en esta Etapa del deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos con receta médica, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe "Ayuda adicional", su monto deducible depende del nivel de "Ayuda adicional" que reciba, usted:

- no paga un deducible
- --o-- Pagará un deducible de $99.

Consulte el documento separado, (el "Anexo 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 $480.

- Por lo general, su **"costo total"** es inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos con receta médica de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Después de que ha pagado los $480 por sus medicamentos, deja la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de sus costos de medicamentos y usted paga su parte

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

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

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

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.
- El Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos no preferidos.
- El Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos de nivel de especialidad (nivel más alto).

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista dentro de la red de nuestro plan
- Una farmacia fuera de la red del plan

- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus medicamentos con receta médica, consulte el Capítulo 5 en este folleto y el *Directorio de proveedores* del plan.

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en el cuadro siguiente, la cantidad de copago o coseguro depende del nivel al que pertenece su medicamento. Tenga en cuenta:

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento con receta médica 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)			
Anexo LIS 1	$1.35	$1.35	$1.35

	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)
Anexo LIS 2	$3.95	$3.95	$3.95
Anexo LIS 3	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro
Anexo LIS 4	$0	$0	$0
Marca* (Medicamentos de marca) (incluso medicamentos genéricos tratados como de marca) Anexo LIS 1	$4.00	$4.00	$4.00
Anexo LIS 2	$9.85	$9.85	$9.85
Anexo LIS 3	15% de coseguro	15% de coseguro	15% de coseguro
Anexo LIS 4	$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 médica cubre el suministro de un medicamento cubierto durante un mes completo. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos por menos de un mes. Puede haber ocasiones cuando desee solicitar a su médico que le recete menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez cuando se sabe que este tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

La cantidad que pague cuando reciba menos del suministro completo de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar coseguro (un porcentaje del costo total) o copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago será con base en el número de días que reciba del medicamento. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "tasa de costo compartido diario") y lo multiplica por el número de días que recibe de medicamento.
    - Le presentamos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Significa que la cantidad que paga por su medicamento es de $1 por día. Si recibe suministro de medicamento para 7 días, su pago será de $1 diario multiplicado por 7 días, que es un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funcione bien antes de pagar por el suministro de todo el mes. También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, uno o varios medicamentos para menos de un mes completo. Esto le ayudará a planificar mejor la fecha de surtido para diferentes recetas médicas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá del suministro de los días que reciba.

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 a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo dura hasta 90 días. (Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La tabla de abajo muestra lo que paga cuando recibe un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) 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:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	**Gastos compartidos de envío por correo estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro de 90 días)
Medicamentos genéricos* (Medicamentos genéricos) (incluso medicamentos de marca tratados como genéricos) Anexo LIS 1	$1.35	$1.35
Anexo LIS 2	$3.95	$3.95
Anexo LIS 3	15% de coseguro	15% de coseguro
Anexo LIS 4	$0	$0
Marca* (Medicamentos de marca) (incluso medicamentos genéricos tratados como de marca) Anexo LIS 1	$4.00	$4.00
Anexo LIS 2	$9.85	$9.85
Anexo LIS 3	15% de coseguro	15% de coseguro
Anexo LIS 4	$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 (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los miembros que NO califican para la "Ayuda adicional", paga:

	Costo compartido estándar minorista (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 preferidos del pedido por correo :** (hasta un suministro de 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	$10 de copago	$10 de copago	$10 de copago	$10 de copago
Costo compartido Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida)	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago	$45 de copago
Costo compartido Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	45% de coseguro	45% de coseguro	45% de coseguro	45% de coseguro
Costo compartido Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

*Determinados medicamentos solo pueden estar disponibles en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de proveedores o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,430

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos con receta médica que se le han surtido y resurtido llegue al límite de **$4,430 para la Etapa de cobertura inicial.**

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D pagó:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que empezó con su primera compra de medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:
  - La cantidad total que pagó durante la Etapa del deducible, que es $0 o $99.
  - El total que usted pagó como su participación del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estaba inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2022, la cantidad que dicho plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar control de cuánto han gastado usted y el plan, como así también cualquier tercero, en sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite por año de $4,430.

Le informaremos si llega a la cantidad de $4,430. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de período sin cobertura, recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a $7,050

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

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga no más de 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (75%) no se tiene en cuenta para sus costos de bolsillo. Solamente la cantidad que usted pague cuenta y pasa hacia el período sin cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos anuales de bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En 2022, esa cantidad es de $7,050.

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus costos de bolsillo. Cuando llega a un límite de gastos de bolsillo de $7,050, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta médica

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos control de sus costos de bolsillo de sus medicamentos.

Estos pagos sí se incluyen en sus costos de bolsillo

Al realizar la suma de los costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

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

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, los mismos se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si **ciertas personas u organizaciones** los hicieron en su nombre**.** Esto incluye 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 Ayuda Farmacéutica certificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare también se incluyen.

- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuentos durante el Período sin cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cambio a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $7,050 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los costos de bolsillo

Cuando suma sus gastos de bolsillo, **no está permitido** incluir ninguno de estos tipos de pago por medicamentos con receta:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no 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 realiza por los medicamentos con receta médica que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Pagos que efectúa el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan planes de salud colectivos, incluidos planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que efectúan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Asuntos de Veteranos.

- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas médicas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: si alguna otra organización como las enumeradas anteriormente paga parte de o todos sus costos de bolsillo de medicamentos, debe informarle a nuestro plan Póngase en contacto con Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar control de su total de bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo hay información sobre este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $7,050 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura 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 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año

Usted es elegible para la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de su bolsillo han alcanzado el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta médica, sus costos por medicamentos con receta médica cubiertos dependerá del nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento con cobertura será ya sea:

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, cualquiera sea la cantidad mayor:
  - – *ya sea* – 5% de coseguro del costo del medicamento
  - – *o* – $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $9.85 por todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el documento separado ("Anexo LIS") para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de colocación de la vacuna

Nuestro plan da cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí.** La vacuna es un medicamento con receta médica.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **administración de la vacuna**. (A esto a veces se le llama "administración" de la vacuna).

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (para lo que se le va a vacunar).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas listadas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le da la vacuna.**

Lo que paga en el momento que recibe la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- Algunas veces cuando reciba la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.

- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la vacuna, pagará únicamente su parte del costo.

Para mostrarle el funcionamiento del proceso, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible y la Etapa del período sin cobertura.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren una vacuna).

- Tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su coseguro de la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- O nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y la administración.
- Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos nuestra parte del costo al seguir los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- Recibirá un reembolso por la cantidad que pagó: menos su coseguro normal de la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos nuestra parte del costo al usar los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que cobre el médico por administrar la vacuna.

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos para ayudarle. Recomendamos que nos llame primero a Servicios para miembros cuando planee recibir una vacuna. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener bajo su propio costo al utilizar los proveedores y las farmacias en nuestra red.
- Si no puede usar una farmacia y un proveedor de la red, podemos indicarle lo que necesita para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 172

Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos el pago 172

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió 175

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para un pago 175

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 175

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 175

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..... 176

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 177

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 177

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

Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos el pago

Nuestros proveedores de la red facturarán directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos que ya recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por un artículo o servicio de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse el dinero (la devolución del dinero se llama frecuentemente "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. 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.

Si usted ya pagó por un artículo o servicio de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse el dinero (la devolución del dinero se llama frecuentemente "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. 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.

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

1. Cuando recibió atención médica necesaria de urgencia o de emergencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe los servicios de emergencia o necesarios de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, deberá pedirle 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 realizado.

- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si 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 de la red le envía una factura que 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.

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama "facturación de saldos". Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.6 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debería pedirnos que reembolsemos sus servicios o medicamentos cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

Llame a Servicios para miembros para obtener información adicional sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para hacer su solicitud. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, puede ser que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su receta médica. (Cubrimos los medicamentos con receta médica surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en unas cuantas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer más).

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

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

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

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en *la Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle el pago de nuestra parte del costo del medicamento.

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. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*) tiene información sobre cómo realizar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para un pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- 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. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier facturas o recibos a esta dirección:

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

Debe presentarnos su reclamo dentro de un año de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Póngase en contacto con Servicios para miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- 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. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó 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 considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo hacer esta apelación, diríjase al Capítulo 9 de este folleto *(Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si no tiene experiencia en presentar apelaciones, es importante que empiece por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y proporciona las definiciones de los términos como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 5, puede dirigirse a la sección en el Capítulo 9 que indica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir la devolución de un pago por un medicamento, consulte la Sección 7.5 en el Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que deberá informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita el pago. En cambio, usted nos indica sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación se encuentra un ejemplo de una situación en la que deberá enviarnos las copias de los recibos para indicarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento mediante un programa de asistencia a los pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia a pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que sus gastos de desembolso cuenten para que califique para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta:** Debido a que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte del costo de este medicamento. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura catastrófica.

Ya que no está solicitando el pago en los casos descritos anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 180

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 180

Section 1.1 Debemos darle información de una manera adecuada (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.) 180

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y los medicamentos cubiertos 181

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 181

Sección 1.4 Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 183

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 184

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado 187

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 187

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 187

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades 188

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 188

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo o puede ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener información adicional.

Section 1.1 Debemos darle información de una manera adecuada (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratis de interpretación, disponibles para responder a las preguntas de los socios que no hablan inglés. También podemos darle información en español o en formatos alternativos si usted lo necesitara. Si es elegible para Medicare debido a una discapacidad, tenemos la obligación de darle la información sobre los beneficios del plan de manera accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame al Centro de Atención al Cliente de Presbyterian (los números de teléfono están impresos en la contracubierta de este folleto).

Si le es difícil conseguir información en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una reclamación a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), (los números de

teléfono están en la contraportada de este folleto). Además, puede presentar una queja al Programa Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o si va directamente a la Oficina de Derechos Civiles. Los datos de contacto están en esta misma Evidencia de la cobertura o en este envío, o se puede comunicar con el centro de atención al cliente para conseguir más información.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más acerca de esto). Llame a Servicios para miembros para obtener información sobre los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le dice 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 sus expedientes médicos y de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está dando o pagando su atención, *estamos obligados a obtener el permiso escrito de usted primero*. El permiso escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos darle a Medicare su información de salud incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta médica de la Parte D. Si Medicare divulga su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

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

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. 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 realizar los cambios.

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

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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 desea una copia impresa, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y las Calificaciones de estrellas del plan, incluyendo la forma los miembros del plan lo han calificado y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red incluidas nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene el derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
    - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.

  - Para obtener la información sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de esta publicación).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Tiene derecho a obtener esta explicación aún si recibe el servicio médico o medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D tiene cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Ese capítulo le da los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le indica cómo hacer una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y otras inquietudes).
  - Si desea pedir que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por la atención médica o un medicamento con receta médica de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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 cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección,

independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de su decisión.
- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

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

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

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

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

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener instrucciones anticipadas, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de

organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

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

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

Administración de incidentes del Departamento de Salud de Nuevo México
Agencia, abuso, negligencia y denuncia de explotación
1-800-445-6242
nmhealth.org/contact/report/

Administración de incidentes del Departamento de Salud de Nuevo México
Centros y hospitales de la Agencia
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report/

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se dan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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 le han respetado los derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, u origen nacional, 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 usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tartar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- También puede pedir una copia de nuestra declaración de Derechos y responsabilidades y hacernos recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades del miembro.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, "Sus Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación puede encontrarse 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. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta publicación de *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y qué es lo que usted paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta médica además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Póngase en contacto con Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
    - Debemos seguir las normas que establecen Medicare y Medicaid para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. A esto se le llama **"coordinación de**

beneficios” debido a que involucra coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico y de medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la “Coordinación de beneficios”, consulte el Capítulo 1, Sección 7).

- **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 al darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
  - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A 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 automáticamente para ella) 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.
  - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) *O* un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6 se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.
  - Si obtiene cualquier servicio médico o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.

        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre "Cómo presentar una apelación".
    - Si se requiere que usted pague el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos mayores (según lo informó en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Indíquenos si se muda.** Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio.
    - **Si se muda <u>dentro</u> de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
    - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o preocupaciones, llame a Servicios para miembros.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan. Esto incluye hacer recomendaciones relacionadas con nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro.
    - Los números de teléfono y los horarios para llamar al servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
    - Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

ANTECEDENTES 195

SECCIÓN 1 Introducción 195

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación 195
Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales? 195

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros 196

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 196

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar? 197

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o de Medicaid? 197

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE 198

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare 198

Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas? 198

SECCIÓN 5 Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 199

Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: una visión amplia 199
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación 200
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación? 201

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 202

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 202
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere) 204

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) ... 207
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2 ... 211
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? ... 214

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta médica de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 215

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D ... 215
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? ... 217
Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones ... 219
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción ... 219
Sección 7.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) ... 223
Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ... 226

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto ... 229

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos ... 229
Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital ... 231
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital ... 234
Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1? ... 235

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto ... 238

Sección 9.1 *Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:* Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) ... 238
Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura ... 239

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 240
Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 242
Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1? 244

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles posteriores 247

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 247
Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 248

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicios para miembros u otras preocupaciones 250

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 250
Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal” 252
Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 252
Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad 253
Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja 254

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID 254

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid 254

ANTECEDENTES

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 quisiera recibir ayuda para decidir si usa el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
   - Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
   - Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen 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 explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja fromal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a conocer qué

términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los consejeros de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación encuentra dos formas para obtener información directamente de ellos:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México
División de Asistencia Médica
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87505-2384
1-888-997-2583 (TTY 711)
www.hsd.state.nm.us

Departamento de Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores de Nuevo México
2550 Cerrillos Road
Santa Fe, NM 87505-3260
1-866-451-2901 (TTY 711)
www.nmaging.state.nm.us

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

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o de Medicaid?

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 quisiera recibir ayuda para decidir si utiliza el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con Servicios a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación específico, **EMPIECE AQUÍ**

¿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. Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare".**

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

Pase a la **Sección 12** de este capítulo: **"Cómo manejar de los problemas sobre 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 usted tiene un problema o una inquietud, 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:

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

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta médica en particular tienen cobertura o no, la forma en la que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o medicamentos con receta médica).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, "Una guía para los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

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 inquietudes".**

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

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

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata con los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

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

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión

original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de apelación, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la realiza una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratis** del Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
    - 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 solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
    - Para los medicamentos con receta médica de la Parte D, su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas puede solicitar una decisión de cobertura o

una apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas médicas debe ser designado como su representante.

- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación?

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

- La **Sección 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 médica 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 para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera 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 considera que su cobertura terminará muy pronto" (*Aplica únicamente a estos 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))

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para "los aspectos básicos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

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 servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas se aplican a la solicitud para un medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta médica de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y los servicios médicos.

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

1. No está obteniendo determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y considera que esta atención está cubierta por el plan.

3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica.

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

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

NOTA: **Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF),** usted deberá leer una sección aparte de este capítulo ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

- La Sección 8 de este capítulo: *Cómo pedir que cubramos una estancia en el hospital más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.*
- La Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).

Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que la atención médica que recibió se va a detener, use esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averigüar si cubriremos la atención médica o los servicios que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 6.2**.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede poner una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Avance a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus cuidados médicos, se denomina una **"determinación de la organización."**

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida."**

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

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener la información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando pida una decisión de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D.*

Generalmente, utilizamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud para **un servicio o un artículo 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.

- **Para una solicitud para un artículo o un servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si pide más tiempo, o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo.

Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- **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.**
  - **Para una solicitud para un artículo o un servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como registros médicos de proveedores de fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si pide una cobertura de atención médica *que aún no recibió*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
- Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- La carta también le indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida respecto a una solicitud de un artículo o un servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o dentro de 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, tiene el derecho de apelar. La Sección 6.3 a continuación explica cómo se presenta una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una explicación por escrito detallada de por qué hemos dicho que no.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar"

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o un servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días**

calendario de haber recibido su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 72 horas** de haber recibido su solicitud.

- Para pedir un artículo o un servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("un período extendido") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período) o en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene el derecho de apelar. La Sección 6.3 a continuación explica cómo se presenta una apelación.

- **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 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos -y posiblemente cambiemos- esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede pedir una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *(Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D).*
    - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de "Designación de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **Si pide una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 *(Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D).*
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le

damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer la solicitud con una llamada)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"determinación expedita"**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida." Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección.)
- Si su médico nos indica que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.
  - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más,** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico**.** Si decidimos tomar días

adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a toda su solicitud,** debemos autorizar o dar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o un servicio médico **dentro de los 30 días calendario** siguientes a recibir su apelación si su apelación es sobre cobertura de servicios que no ha recibido todavía. 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 dentro de los **7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
    - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más,** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico**.** Si decidimos que es necesario tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
    - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una "queja rápida" de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite arriba indicada (o cuando termine el período extendido si nos tomamos más días en su solicitud de un artículo o un servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, y luego una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos

sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o dar la cobertura que acordamos dar dentro de un plazo de 30 días calendario, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación rápida", también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación "rápida" a nuestro plan también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

Si en el Nivel 1 tuvo una "apelación estándar", también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2 Si su solicitud es para un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la fecha en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

La Organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **Si la Organización de revisión independiente dice que sí a parte o a todas las solicitudes de artículos o servicios médicos,** debemos:
    - Autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o dar servicio en un plazo de 14 días calendario después de que hayamos recibido la decisión de la Organización de revisión independiente para solicitudes estándar o
    - Dar el servicio en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de revisión independiente para solicitudes expeditas.
- **Si la Organización de revisión independiente dice que sí a parte o a todas las solicitudes de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare,** debemos:
    - Autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare que está en disputa en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o
    - Dar el servicio en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que hayamos recibido la decisión de la Organización de revisión independiente para **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". También como "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir una cantidad mínima determinada. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera

apelación. La información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador se encarga de la Apelación de Nivel 3. La Sección 10 en este capítulo profundiza más sobre 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?

Si recibe una factura por un valor mayor que el copago de los servicios y artículos cubiertos de Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si sigue las reglas para obtener el servicio o el artículo.

Si usted ya pagó por un artículo o servicio de Medicaid cubierto por el plan, **puede pedirle a nuestro plan que le reembolse el dinero** (la devolución del dinero se llama frecuentemente "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. 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.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la papelería que solicita el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: Cómo utilizar la cobertura del plan para su servicio médico).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos los servicios y

las razones por qué en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decisión de cobertura.)

¿Qué pasa si solicita el pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 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 pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía para "los aspectos básicos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta médica. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que esté cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D" todo el tiempo.
- Para obtener información sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta médica de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se discutió en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama una **"determinación de cobertura"**.

A continuación encontrará unos ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
    - Solicitud para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos cubiertos* del plan *(Formulario)*
    - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
    - *Tenga en cuenta:* Si su farmacia le indica que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.
- Usted pide que paguemos por un medicamento con receta médica que ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita.	Nos puede solicitar una decisión de cobertura. Pase a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó.	Nos puede solicitar que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Pase a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que esté cubierto, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otra persona que emita una receta médica deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta podrán pedirnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (Nosotros la llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.)

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos a veces se denomina solicitar una **"excepción a la lista de medicamentos cubiertos"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, necesita pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción de la cantidad de copago o coseguro que necesitamos que pague por el medicamento.

2. **Eliminación de una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para más información, vaya a la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario"**.

- Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
  - *Que se le pida usar la versión genérica* de un medicamento en lugar de un medicamento de marca.
  - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes que aceptemos cubrir su medicamento por usted. (Algunas veces se le llama "autorización previa").
  - *Que se le solicite que intente primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Algunas veces se le llama "terapia escalonada").

- *Límites de cantidad.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad del medicamento que puede tomar.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre pedir excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos usualmente incluye más de un medicamento para tratar un estado médico en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente *no* aprobaríamos su solicitud para una excepción.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su estado médico.
- Si denegamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 7.5 de este capítulo le dice cómo hacer una apelación si nosotros decimos que no.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra

persona que emita recetas médicas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura en nuestro sitio web. Para más obtener la información, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D*. O bien, si nos pide que le reembolsemos un medicamento, vaya a la sección llamada *Envíele a Servicios para miembros una solicitud que nos pide pagar nuestra parte del costo para la atención médica o un medicamento que recibió.*

- **Usted o su médico o alguien más que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir un reembolso. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ya pagó.
- **Si solicita una excepción, dé la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos "declaración de apoyo"). Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración. 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. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. (https:/www.phs.org/Medicare)

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

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión de cobertura rápida"

- Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite "estándar" a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite "rápidas". Una decisión de cobertura estándar

significa que le daremos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas después de que recibimos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si pide un *medicamento que no ha recibido aún*. (No se puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya ha comprado.)
    - Puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si usar las fechas límite estándar *podría ocasionar un daño médico grave o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para emitir recetas médicas nos indica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere que le demos una cobertura rápida decisión.
    - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
    - Esta carta le dirá que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una cobertura rápida decisión.
    - O La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que obtendría nuestra respuesta a su queja dentro de un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión rápida sobre cobertura"

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra repuesta **en 24 horas**.
    - Generalmente, esto significa dentro de un período de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro

de un período de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos dar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta en un término **de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de un período de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de un período de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico que apoya su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** acordada en las **siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su requerido.
- **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.

Los plazos para una "decisión de cobertura estándar" acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta en los siguientes **14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** también debemos hacerle el pago dentro de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelar.

- Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa que solicita que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5 Paso a paso: Como presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas) deben comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener más información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o mediante nuestro sitio web por cualquier

cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D*.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito mediante una solicitud escrita.** También puede pedir una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D).*
- **Si pide una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D).*
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluso las solicitudes que se presenten en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura de modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene un buen motivo, podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le damos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación.
    - Si quiere, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una **“reconsideración acelerada”**.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico u otra persona encargada de emitir recetas médicas deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los requisitos para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, detenidamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo exige.
    - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde será revisada por una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos dar la cobertura acordada dentro de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si estamos utilizando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no ha recibido todavía. Le daremos nuestra decisión más pronto si no ha recibido el medicamento todavía y su condición médica requiere que lo hagamos. Si considera que su salud lo requiere, debe pedir una apelación "rápida".
    - Si no le damos una decisión dentro de un período de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte de o todo lo que solicitó:**

  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura** que aceptamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica el motivo por el que dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de la recepción de su solicitud.
  - Si no le damos una decisión dentro de un período de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la revisará una Organización de revisión independiente. En la sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud,** también debemos hacerle el pago dentro de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le dice cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, eso significa que su apelación continuará hacia el Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, puede elegir aceptar esta decisión o continuar con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** a la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presenta una apelación ante la Organización de revisión independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se conoce como su "expediente del caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que tiene con nosotros.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para tal decisión.

Fechas límite para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente que le dé una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

- **Si la Organización de Revisión Independiente accede a una parte o a la totalidad de lo que pidió,** debemos dar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión dentro **de un período de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un período de 7 días** 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 dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente accede a todo o a una parte de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **dar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la revisión organización.
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 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 deniega su apelación, eso significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También como "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe cubrir una cantidad mínima determinada. 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. El aviso que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).

- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o 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 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

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. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su "**fecha de alta**".
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- 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. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Durante su estancia cubierta en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días después de su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga cualquier pregunta si no lo entiende.** Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital y saber quién va a pagar por ello.
   - Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

   - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una preocupación sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

   - Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 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 de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

Una "revisión rápida" se llama también una "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**. (Su "fecha de alta planificada" es la fecha establecida para que salga del hospital).
    - Si llega esta fecha límite, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
    - Si *no* llega a esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de la fecha programada para darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada para darlo de alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra manera para presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una "**revisión rápida**" de la fecha de su salida. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" se llama también una "**revisión inmediata**" o una "**revisión acelerada**".

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual 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 siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en

detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Puede obtener una copia de este aviso al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o 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). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, **debemos seguir dándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede

poner otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. 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 de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un periodo de 60 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 permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención de hospital que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es 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 la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 8.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación sobre su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión acelerada".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva,** significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos brindando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
    - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso *automáticamente* será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo describe cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.

- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha planificada para su alta. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- 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:* Servicios de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de atención médica en la casa** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*)

- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en una Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

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

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.

   - El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - El aviso escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión respecto a cuándo terminar su atención, y para continuar cubriéndola por un período de tiempo más largo.

Términos legales
Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una **"apelación acelerada"**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 7.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada). El aviso por escrito se llama **"Aviso de la no cobertura de Medicare"**.

2. **Le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 5.2 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- 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 el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

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

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una "apelación rápida" (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- 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 pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta otra manera para presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual 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 informen respecto a su apelación usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se llama **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir dándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de atención médica en el hogar, o el cuidado de clínica de enfermería especializada, o los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, entonces, **usted tendrá que pagar el costo completo** de este cuidado usted mismo.

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

- La primera apelación que presenta es en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. 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 de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar todos los costos de su atención médica en el hogar o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad analizarán otra vez, toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir dando cobertura** para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

- La Sección 10 en este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1?

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, usted debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un período de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación de Nivel 1 alterna:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como una **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión acelerada".

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta médica de la Parte D.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión acelerada".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándar".

Paso 2: Nosotros realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si decimos que sí a su apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos dando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)
- **Si decimos que no a su apelación rápida**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha cuando su cobertura terminó, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos "*no*" a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente."** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación rápida." Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo describe cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
    - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 10 de este capítulo profundiza más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**Un juez (llamado 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 negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del 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 el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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 o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor necesario en dólares.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
    - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (llamado un juez de derecho administrativo) o 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.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o darle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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.** Se aprobó lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o dar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea 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 le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez en el **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicios para miembros u otras preocupaciones

Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted.* En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. 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. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en la que Servicios para miembros lo ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de examinación

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos dado?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, se utiliza ese proceso, no el proceso de reclamos. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Si usted nos solicitó que le damos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal"

Términos legales

- Lo que esta sección llama una **"queja"** también se llama una **"queja formal"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"presentar una queja"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso de quejas"** es **"usar el proceso para presentar una queja formal"**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato - ya sea por teléfono o en escrito

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, el servicio de atención al cliente se lo hará saber. Póngase en contacto con Servicios para miembros al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnoslo.** Si pone su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Si hace que alguien presente una queja por usted, esta debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de "Designación 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.
- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Servicios para miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual quiere quejarse.

- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una "respuesta rápida de cobertura" o "apelación rápida," automáticamente le daremos una "queja rápida."** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta en **un período de 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida"** también se llama una **"queja formal acelerada"**.

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. Si su estado médico nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas dentro de un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendarios más (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte de o todo su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se presenta la queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió de nosotros a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja en ambos lugares al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarlo también a la Organización para la mejora de la calidad.

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. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE 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, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o a nuestra Oficina estatal de Medicaid (la información de contacto está listada en la Sección 6 del Capítulo 2).

CAPÍTULO 10

Terminar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 257

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 257

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 257

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid 257

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 258

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 259

Sección 2.4 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 260

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía? 261

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? 262

Sección 3.1 En general, cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 262

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan 263

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 263

SECCIÓN 5 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 264

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 264

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 265

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 265

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de 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):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque decidió que *quiere* irse.
  - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía en el plan. La Sección 2 le indica los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo iniciará su inscripción en su nueva cobertura.
  - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- 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 se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos tiempos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

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. Dado que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le dice más sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare
    - Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare).

  Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer sobre sus opciones de plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentra en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿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"). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.
- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta médica.
  - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en Enero 1.

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

Tiene la oportunidad de hacer un solo cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía termina el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 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 **Periodo de Inscripción Especial**.

- **¿Quién tiene derecho al Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Periodo de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Generalmente, cuando se ha trasladado.
  - Si tiene Centennial Care (Medicaid).
  - Si tiene derecho a recibir "Ayuda adicional" para el pago de sus recetas médicas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
  - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

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

- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo de Inscripción Especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta médica.
  - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable, por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, si se une a un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. (Cobertura "acreditable" significa que la cobertura de medicamentos se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará 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 o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2022***.
  - Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente inscríbase en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos con receta médica de Medicare separado, debe pedir que le cancelemos la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para miembros para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --*o*-- Puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. 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 nueva cobertura del plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica de Medicare. 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 nueva cobertura del plan.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare o Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática. ○ Si cancela la inscripción para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin tener cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se une después al plan de medicamentos de Medicare.	• También puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Centennial Care (Medicaid), póngase en contacto con el Programa de Centennial Care Medicaid de Nuevo México al 1-888-997-2583, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo suscribirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Centennial Care (Medicaid).

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), puede pasar algún tiempo hasta que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para obtener sus recetas hasta que su membrecía en nuestro plan termine.** Por lo general, solo se cubrirán sus medicamentos con receta médica si los surte en una farmacia de la red*:* incluidos los servicios de farmacia por correo.
- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de salud).

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 indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Centennial Care (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, debe llamar al servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se mudará o a donde está viajando está dentro de nuestra área de servicio del plan. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u omite información sobre otro seguro que tenga que dar cobertura de medicamentos con receta médica.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos autorización de Medicare primero).
    - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 30 días.

  - Debemos notificarle por escrito que tiene 60 días para pagar las primas del plan antes de que cancelemos su membresía. Tiene 60 días adicionales desde la fecha del aviso antes de que cancelemos su membresía. Esto no se aplica a las personas elegibles para el Subsidio por bajos ingresos.

- 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 desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede ponerse en contacto con **Servicios para miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su 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 le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja formal acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede buscar en el Capítulo 9, Sección 11 información sobre cómo presentar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 268

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación 268

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 268

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de raza, etnia, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que dan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación de edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del cuidado de salud asequible, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los **Derechos Civiles** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros le puede ayudar.

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

Tenemos el derecho y responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. 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

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta médica o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vive la gente. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de apoyo: La atención de apoyo es atención personal que se da en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Atención de apoyo es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional, tales como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica relacionada que la mayoría de las personas se dan a sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

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

Atención médica en el hogar: Un asistente de atención médica en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de atención médica en el hogar no tienen una licencia ni dan terapia.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Algunos de los medicamentos se cubren solo si su médico o proveedor de la red obtienen una “autorización previa” por parte nuestra. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la lista de medicamentos cubiertos.

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 coseguros.

Cancelar inscripción o Cancelación de inscripción: El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos de un 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima mayor.

Cantidad máxima de desembolso directo: La cantidad máxima que paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas del plan, sus primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de desembolso directo. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo de la cantidad máxima de bolsillo para los servicios cubiertos Parte A y Parte B. (Nota: debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo). Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cantidad máxima de bolsillo. Los audífonos no se tienen en cuenta para su gasto máximo de bolsillo.

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

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, y da diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno familiar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta médica: Cobertura de medicamentos con receta médica (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta médica estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para

Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

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

Copago: Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o artículos como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por cada consulta médica o medicamento con receta médica.

Coseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta médica después de que haya pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: Costo compartido se refiere al monto que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Esto se agrega a la prima mensual del plan. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos siguientes de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos, (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento, o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago.

Costos de bolsillo (OOP): Vea la definición de "costos compartidos" arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos "de su bolsillo".

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación dados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas una enfermera o un médico.

Cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida, tiene derecho a elegir servicios de un centro de cuidados paliativos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de centros de cuidados paliativos es su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le dará un tratamiento especial para su estado.

Deducible: La cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación relacionada con la cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y la cantidad que debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que su plan no cubre la receta médica, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones relacionadas con la cobertura son llamadas "decisiones relacionadas con la cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierto equipo médico que su médico solicita para uso en el hogar. Ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar. Reglas de autorización para productos de monitoreo continuo de glucosa en la sangre (CGM).

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Etapa de cobertura catastrófica: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o un coseguro menor por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluso las cantidades que pagó y que su plan ha pagado por usted en el año, alcancen $4,430.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de revelación: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos o de cobertura opcionales

seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido de los servicios. Como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por parte de nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos con receta médica. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

La lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): Una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por el plan. El plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura de acuerdo a la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión que se ha diseñado para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o para un período de tiempo definido.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta médica que lo fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta médica que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona en la misma manera que un medicamento de marca y generalmente el costo es menor.

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

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. (Consulte la lista de medicamentos cubiertos para conocer una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan médico privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta médica. Según Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar las cantidades de pago a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare puede recibir la

cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta médica de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta médica, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía. 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.

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

Organización para la mejora de la calidad (QIO): Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta médica de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta médica como "la Parte D").

Período de beneficios: Período de beneficios: la forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y en las instalaciones de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un tiempo determinado cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede

inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El período de inscripción abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que a una persona se la declare elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse para la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si 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, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona doblemente elegible: Una persona que califique para cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que da atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un asilo de ancianos o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de salud Medicare: Un plan médico de Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene contratos con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de atención todo incluido para el adulto mayor) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario a Medicare): Seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir "periodos sin cobertura" en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por el concepto de cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta médica.

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare: Programa que da descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes

de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Programa de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos que pide su médico u otro proveedor de atención médica. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien visita primero para la mayoría de los problemas médicos. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información acerca de los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para dar servicios de atención médica. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en darle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores 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 con el que no hemos negociado para coordinar o dar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para darle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja formal: Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o una farmacia, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago.

Queja: El nombre formal de "poner una queja" es "tramitar 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. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Servicios cubiertos de Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas formales, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros.

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte la "ayuda adicional".

Tarifa de dispensación: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar por el costo de surtir una receta médica. El cargo por receta cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

Tarifa diaria de costos compartidos: Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba efectuar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de su plan es de 30 días, entonces su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta médica.

Terapia de pasos: 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.

Un plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan

privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que esté disponible en su área.

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. 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 P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us