

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare por ser miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), es ofrecido por Texas Independence Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Texas Independence Health Plan Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Texas Independence Community Plan) (HMO I-SNP).

Este documento está disponible gratis en español. Este material podría estar disponible en otros formatos (Braille, letra grande, etc.).

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le notificaremos sobre los cambios que pueden afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H5015_26002ASISPHMO_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)	4
SECCIÓN 2 Requisitos de participación para el plan	5
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros	7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	18
SECCIÓN 1 Contactos de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP).....	18
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare	24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP)	25
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO).....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Medicaid	28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta	29
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?	34
CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	35
SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener cuidado médico	37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de cuidado	41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	43
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	45
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	46
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)	49
SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	49
SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos	51
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	90

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D	93
SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	93
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	93
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....	97
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura	98
SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	99
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	101
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos	103
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	105
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	105
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	107
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	110
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	110
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)	112
SECCIÓN 3 Su <i>Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra.....	113
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible.....	114
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial	115
SECCIÓN 6 Etapa de cobertura de gastos médicos mayores	118
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D	118
CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos	121
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	121
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	123
SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	124
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....	126
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	126
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	143
CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	145
SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	145

SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	145
SECCIÓN 3	¿Qué proceso utilizar para su problema?	146
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones	147
SECCIÓN 5	Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	150
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	158
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	168
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	173
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	177
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	181
CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan.....		185
SECCIÓN 1	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	185
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	185
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	186
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	187
SECCIÓN 5	Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones.....	187
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....		189
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	189
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	189
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación como pagador secundario de Medicare	190
SECCIÓN 4	Derechos de subrogación y responsabilidad frente a terceros	191
SECCIÓN 5	Aviso sobre recuperación de sobrepagos	192
SECCIÓN 6	Información farmacéutica	192
CAPÍTULO 12: Definiciones		193

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP).

Texas Independence Community Plan es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) está diseñado específicamente para las personas que viven en una institución (como un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo) o viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un centro de cuidados.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de atención. Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de cuidado estará coordinado por medio de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS) debe aprobar a Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de participación para el plan

Sección 2.1 Requisitos de participación

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (se describe en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Si es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de cuidado que se brinda, generalmente, en un asilo de convalecencia o centro de cuidados a largo plazo.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Visite el *Directorio de proveedores* del plan

www.txindependencehealthplan.com/provider-directory/ para obtener una lista de nuestros hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo contratados o llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447) y pídanos que le envíemos una lista.

Para ser elegible para nuestro plan si cumple *uno de estos* requisitos:

- Vivir en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Visite el *Directorio de proveedores* del plan www.txindependencehealthplan.com/provider-directory/ para obtener una lista de nuestros hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo

contratados o llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447) y pídanos que le envíemos una lista.

- Vivir en su casa y nuestro plan obtiene la certificación de que usted necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 1 mes, entonces todavía es elegible para ser miembro. Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período que se considera un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación.

Sección 2.2 ÁREA DE SERVICIO DE TEXAS INDEPENDENCE COMMUNITY PLAN (HMO I-SNP)

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Aransas, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Cass, Chambers, Colorado, Comal, Cooke, Denton, DeWitt, Dimmit, Duval, Fayette, Fort Bend, Franklin, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Harrison, Hays, Hidalgo, Hill, Jack, Jackson, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kleberg, Lampasas, La Salle, Lavaca, Lee, Liberty, Live Oak, Llano, McMullen, Marion, Mason, Matagorda, Medina, Mills, Montgomery, Morris, Nueces, Palo Pinto, Panola, Real, Refugio, Rusk, San Jacinto, San Saba, Smith, Somervell, Starr, Tarrant, Travis, Upshur, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Wood, Zapata y Zavala.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede ser miembro. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos en su nueva ubicación.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

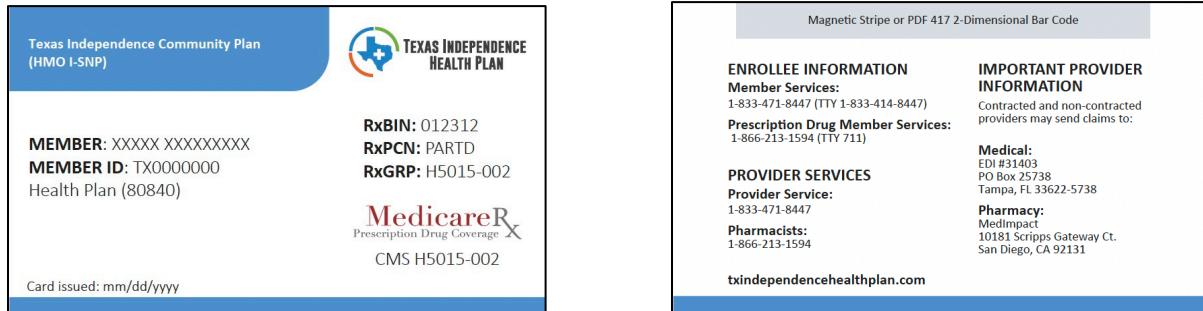
Sección 2.3 CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE O PRESENCIA LEGAL

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Tarjeta de miembro del plan de muestra



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

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* www.txindependencehealthplan.com/provider-directory se enumeran los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o en papel) a través de Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447). Las copias impresas de los *directorios de proveedores* solicitadas se enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/ se enumeran nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Visite la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos de acuerdo con el beneficio de la Parte D incluido en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.txindependencehealthplan.com/members/health-plan-member-documents o llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

Sus costos en 2026	
Prima mensual del plan*	\$4.80
*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener información detallada.	
Deductible	\$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.
Gasto máximo de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	\$9,250
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario	20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare, por visita.
Visitas al consultorio de un especialista	20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare, por visita.

Sus costos en 2026	
Hospitalizaciones	<p>Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1–60: Pagará un copago de \$0 por día para cada período de beneficios.</p> <p>Día 61–90: Usted paga un copago de \$434 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Del día 91 y en adelante: Paga un copago de \$868 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>
<p>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 6.)</p>	<p>\$615</p> <p>excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p>
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte el Capítulo 6 para obtener información detallada, que incluye deducible anual, cobertura inicial y etapas de cobertura de gastos médicos mayores).</p>	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: Usted paga 25 % del costo total. Usted paga \$35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapa de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.</p>

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Importe del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es \$4.80.

Si ya se inscribió y recibe ayuda de algunos de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no afectarle a usted**. Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada *Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) y pida la Cláusula adicional LIS.

En algunos casos, la prima de nuestro plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda adicional y el Programa estatal de asistencia farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2026*, la sección titulada *Costos de Medicare de 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan**. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, si usted no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hubo un

período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Cobertura para medicamentos con receta acredititable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acredititable para medicamentos o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), le informamos el importe de la multa.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acredititable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acredititable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acredititable. Esta información se le puede enviar por carta o puede estar incluida en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acredititable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura de medicamentos con receta acredititable.

Medicare determina el importe de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acredititable después del momento en que cumplió los requisitos para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acredititable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare del año anterior en el país (la prima nacional básica del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este

ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$38.99, que es igual a \$5.45. Esto se redondea a \$5.50. Este monto se agregará a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima nacional básica del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

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

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

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

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

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeude por cualquier medicamento con receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Puede pagar la prima mensual de nuestro plan de dos maneras.

Opción 1: Pagar con cheque

Debe pagar su prima mensual directamente a nuestro plan con un cheque a nombre de Texas Independence Health Plan, Inc. Le enviaremos una factura cada mes por el pago y es pagadero el primer día del mes siguiente. Puede enviar su cheque de pago a Texas Independence Community Plan, PO Box 677151, Dallas, TX 75267-7151. No haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Department of Health and Human Services (HHS). Debe enviar el pago a Texas Independence Health Plan, P.O. Box 677151, Dallas, TX 75267-7151. Los pagos enviados por correo a una dirección diferente de Texas Independence Community Plan retrasarán el procesamiento del pago.

Opción 2: Hacer que el pago de la prima del plan se descuento de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga la prima de su plan Si decide cambiar el método de pago de la prima de su plan, el cambio puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Llame a Servicios para los miembros para cambiar el método de pago.

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del último día de cada mes. Si tiene pendiente de pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para poder mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Sección 5.2 Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el importe de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si resulta ser elegible para Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si cumple los requisitos para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, Ayuda Adicional paga parte de la prima mensual de su plan. Si deja de calificar para Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios, si los hay:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Si ha sido ingresado en un asilo de convalecencia
- Si recibe cuidado en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de servicio o fuera de la red.

- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicios para los miembros para avisarnos al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de los Beneficios.**

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). Es posible que usted deba proporcionar su número de identificación de miembro de nuestro plan a otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primera instancia. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene

100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted cumpla los requisitos para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes.

SECCIÓN 1 Contactos de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447). Con gusto le ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto

Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Customer Service P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de

cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto

Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-877-235-1650
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Medical Determination 1908 N. Laurent Street, Suite 250 Victoria, TX 77901
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Apelaciones de atención médica: información de contacto

Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-605-4044
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Appeals for Medical Care 1908 N. Laurent Street, Suite 250 Victoria, TX 77901
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-503-7231
Escriba a	MedImpact Attn: Clinical Services 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Apelaciones para medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-877-503-7231
Escriba a	MedImpact Attn: Appeals Department 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre el cuidado médico : información de contacto

Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-833-605-4044
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Grievance 1908 N. Laurent Street, Suite 250 Victoria, TX 77901
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D o farmacias: información de contacto

Llame al	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-833-605-4444
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Grievance 1908 N. Laurent Street, Suite 250 Victoria, TX 77901
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago médicas: información de contacto

Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Claims P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Solicitudes de pago de medicamentos con receta información de contacto

Llame al	1-866-213-1594 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	1-866-646-1403
Escriba a	MedImpact Attn: DMR Department 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nosotros.

Medicare: información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Sitio web

<http://es.Medicare.gov>

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.
- Busque médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de cuidado de la salud.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la cuidado brindado por planes, asilos de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar <http://es.Medicare.gov> para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP).

Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y ofrece ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

El Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con

Medicare, ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) – Información de contacto

Llame al	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, Texas 78701
Sitio web	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada trabaja para las personas con Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la cuidado incluyen recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health (Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas): información de contacto

Llame al	Teléfono gratuito: 1-888-315-0636 Días de la semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711 Días de la semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también cumplen los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también cumplen los requisitos para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también cumplen los requisitos para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa de Medicaid de Texas): información de contacto

Llame al	1-888-963-7111 (número gratuito) o 512-776-7111 (número local) Horario de atención: Los especialistas de contacto están disponibles para conversar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 o 1-800-735-2989 Estos números necesitan un equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	1100 West 49 th St. Austin, TX 78756-3119 O P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
Sitio web	www.211texas.org/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

En el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) se brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Programa Ayuda Adicional de Medicare.

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple los requisitos, obtendrá ayuda para pagar su prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta violeta para avisarle. Si no califica automáticamente, usted puede enviar una solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar la solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Usted o su farmacéutico deben comunicarse con Servicios para los miembros lo antes posible (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de esta guía).

Infórmeme a nuestro representante de Servicios para los miembros que cree que pagó una cantidad incorrecta por sus medicamentos con receta. Nuestro representante de Servicios para los miembros revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudarlo a confirmar que ha calificado para la Ayuda adicional. Si tiene alguno de estos documentos, se le pedirá que envíe por fax una copia del documento a nuestra cuidado al número de fax que se proporciona a continuación. Si no tiene una máquina de fax, se le pedirá que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que figura a continuación.

Texas Independence Community Plan
Attention: Enrollment – Best Available Evidence
P.O. Box 25738
Tampa, FL 33622-5738
Fax: (866) 583-4679

Cualquiera de los siguientes elementos puede ser un ejemplo de evidencia:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia del documento estatal que confirma el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Para las personas que no reúnen los requisitos, pero que solicitan y se determina que reúnen los requisitos para LIS, una copia de la carta de adjudicación de la SSA.
- Si está institucionalizado y califica para cero costos compartidos:
 - Una remisión del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un año calendario completo.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional basado en al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Los documentos de CMS y SSA adicionales que respaldan el nivel de costo compartido de LIS de un beneficiario se pueden encontrar en el Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y usted le adeuda dinero, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que paguemos directamente al estado. Llame a Servicio para miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) se denomina programa SPAP del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

Puede encontrar información sobre este programa en el sitio web del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) (www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap).

¿Qué ocurre si tiene cobertura y Ayuda adicional del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, lo que incluye comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

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

En Texas, los Programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa de Atención de la Salud Renal de Texas y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP).

Programa de Atención de la Salud Renal de Texas: información de contacto

Llame al	1-800-222-3986 (número gratuito) o 512-776-7150 (local) Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Viernes.
TTY	711
Escriba a	Kidney Health Care Program Mail Code 1938 P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
Sitio web	www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP): información de contacto

Llame al	1-800-255-1090 Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Viernes.
TTY	711
Escriba a	DSHS HIV/STD Program P.O. Box 14937, MC 1873 Austin, TX 78714
Sitio web	www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayudará a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos. Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y continúa en el mismo plan de la Parte D, se renovará su participación automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) o visite <http://es.Medicare.gov>.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto

Llame al	1-833-823-6777 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes; del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Estos números necesitan un equipo telefónico especial y son solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
	Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Enrollment 1908 N. Laurent Street, Suite 250 Victoria, TX 77901
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com/medicare-prescription-payment-plan/

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener cuidado médico cubierta. Para obtener información detallada sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe cuidado, consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **El cuidado que recibe esté incluido en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **El cuidado que recibe se considere médicaamente necesario.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que brinde y supervise su cuidado.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (visite la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle aprobación (una remisión) por adelantado antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su proveedor de cuidado primario para recibir Cuidado de Emergencia o servicios requeridos de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor el total de los servicios que recibe. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de recibir atención médica. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder los costos compartidos en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener cuidado médico

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

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

Su PCP es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que reciba la cuidado que necesita para mantenerse saludable. El papel del PCP es brindar atención preventiva, enseñar opciones de estilo de vida saludable, identificar y tratar afecciones médicas comunes, dirigirlo al mejor lugar para recibir atención médica y también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlo a ellos. Los proveedores que pueden ejercer como proveedores de cuidado primario incluyen médicos especializados en medicina general, medicina familiar, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y personal de enfermería especialista. Algunos servicios realizados por su PCP pueden requerir autorización previa del plan. Es responsabilidad del proveedor de cuidado primario solicitar y obtener autorización cuando sea necesario.

¿Cómo elegir un PCP?

Usted selecciona un proveedor de cuidado primario usando el Directorio de Proveedores u obteniendo ayuda de Servicios para los miembros. En general, puede seleccionar un PCP en el momento de la inscripción indicando su selección de PCP en el formulario de inscripción. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su proveedor de cuidado primario abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir uno nuevo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamando a Servicios para los miembros. Ellos pueden ayudarle a seleccionar un nuevo proveedor de cuidado primario. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. En la mayoría de los casos, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud.

Sección 2.2 Cuidado médico que puede obtener sin una remisión de un proveedor de cuidado primario

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una preaprobación de su proveedor de cuidado primario.

- Atención médica de rutina para las mujeres, incluidos exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.

- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica de inmediato (pero no son una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor que sean médicaamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de cuidado médico en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

El PCP tiene la responsabilidad principal de coordinar la atención médica general del miembro entre sus diversos proveedores de atención médica. El PCP trabaja en estrecha colaboración con el profesional de enfermería de práctica avanzada de Texas Independence Community Plan, para promover el uso de proveedores de la red, analizar patrones de remisión y evaluar la necesidad médica. Los miembros pueden solicitar una remisión a especialistas dentro de la red, pero primero deben consultar con su PCP o con un profesional de enfermería de práctica avanzada de Texas Independence Community Plan.

- Para algunos servicios, es posible que su PCP deba obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener autorización previa).
- Los servicios cubiertos que requieren preautorización incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Admisión/confinamiento de pacientes internados y extensiones de la estadía más allá de la duración certificada original de la estadía en un hospital y un centro de

cuidados de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (servicios de salud electivos, que no sean de emergencia y que no se necesiten con urgencia).

- Todas las cirugías del Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios y Hospitalizados.
- Todos los servicios de agencias de atención médica a domicilio.
- Servicios de trasplante.
- Dispositivos protésicos, algunos equipos médicos duraderos, oxígeno y suministros médicos.
- Todos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Los proveedores completan un formulario de solicitud de autorización proporcionado por el plan y se comunican con el Equipo de administración de la utilización por fax o el portal de proveedores. Se alienta a los proveedores a hablar con el PCP o profesional de enfermería de práctica avanzada del miembro para garantizar un plan de atención adecuado.
- Los criterios de Medicare, así como las pautas de cuidado médico, se utilizan al revisar las solicitudes de autorización. El director médico toma todas las decisiones médicas y de denegación fuera de la red y está disponible para consultas con profesionales de denegación tanto dentro como fuera de la red. El director médico también puede comunicarse con especialistas de la red para ayudar con la revisión por pares. Si se necesita información adicional, el personal de Texas Independence Health Plan se comunicará con el proveedor solicitante para obtener dicha documentación.
- La selección de un proveedor de cuidado primario específico no limita a qué especialista u hospital le remite ese proveedor (es decir, subred, círculos de referencia).

Siempre que tenga una pregunta o inquietud con respecto a los requisitos de autorización de servicios cubiertos en virtud de este plan, comuníquese con Servicios para los miembros.

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará de estar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir otro proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir cuidado continuo.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicaamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos para que reciba los beneficios cubiertos médicaamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal por la calidad del cuidado ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

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

En determinadas circunstancias, los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red. Los miembros que recientemente reúnen los requisitos y que están siguiendo un tratamiento existente bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red en el momento de la elegibilidad pueden continuar obteniendo servicios de ese proveedor hasta que la atención del miembro se transfiera de manera segura a un proveedor dentro de la red.

Los proveedores fuera de la red cuyos miembros siguen un plan de tratamiento actual deben notificar al plan de salud y solicitar la autorización de los servicios según corresponda de acuerdo con los beneficios del plan. Una vez que se notifica al plan de salud que el miembro está bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe presentar una solicitud de autorización. Se debe proporcionar toda la información clínica de respaldo para corroborar la continuación de los servicios solicitados. Durante este tiempo, la atención existente no se interrumpirá hasta que se revise la información clínica para determinar si es médica mente necesaria y apropiada. En caso de que no haya un especialista de la red disponible para el miembro, se puede acceder a un proveedor fuera de la red a discreción del PCP.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de servicios de urgencia o emergencia. Asimismo, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para miembros con una ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y que no puedan acceder a proveedores contratados para ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de cuidado

Sección 3.1 Cómo puede obtener cuidado si tiene una emergencia médica

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

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su proveedor de cuidado primario. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia cubierto cada vez que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su cuidado de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-471-8447. Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba cuidado adicional. El plan cubre el cuidado de seguimiento.

Si recibe cuidado de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo si* la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener cuidado adicional, o
- El cuidado adicional que usted recibe se considera parte de servicios requeridos de urgencia y usted sigue las reglas para recibir este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado médico cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

El servicio que requiere atención médica de inmediato (pero no es una emergencia) médica es un servicio de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable dados el tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicaamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe tratar de obtener los servicios que necesita con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de cuidado de urgencia en nuestra red, consulte nuestro Directorio de proveedores. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia, ni ningún otro servicio que usted reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

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

Visite www.txindependencehealthplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención que se necesita durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio no contará para el desembolso máximo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su cuidado (que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le brindan cuidado como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no incluye los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y ensayos de exención de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a preautorización y otras reglas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

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

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

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos dentro de la red suyos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que recibe como parte del estudio que el que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuántos costos

compartidos pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos por este análisis es de \$20 con Medicare Original, pero el análisis costaría \$10 con nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría \$80 por el análisis, y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Medicare Original. Debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su cuidado médico directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su enfermedad normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin cargo para las personas que participan en el ensayo.

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que presta cuidado para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se brinda solo para los

servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud

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

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

Para que el plan cubra estos servicios, el cuidado que reciba en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

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

El cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud certificada por Medicare está limitada solo de acuerdo con las limitaciones señaladas en los límites de cobertura para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados de Medicare, tal como se describe en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será dueño del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de

infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de equipo médico duradero, como prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero deben alquilarse.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** Usted no tendrá posesión, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

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

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

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

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad el artículo una vez que se inscriba de nuevo en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Texas Independence Community Plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) o ya no necesita médicaamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor

proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma compañía o irse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente está obligado a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos

(qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explica sobre los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (En la Sección 1.2 se brinda más información acerca del deducible del plan).
- **Copago:** importe fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** 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 le brinda más información sobre su coseguro).

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

Sección 1.2 Nuestro deducible del plan

El deducible es de \$257 Hasta que haya pagado el deducible, deberá pagar el costo total de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que

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

nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su copago o el monto del coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios de la Parte B cubiertos por Medicare en una estadía de la Parte A cubierta por Medicare
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios odontológicos preventivos
- Servicios de la vista de rutina
- Servicios de audición de rutina
- Servicios de podiatría de rutina
- Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)
- Transporte médico no urgente
- Consultas de estética (beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas)
- Servicios de emergencia
- Servicios de urgencia
- Insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes de Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al importe total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina máximo de gastos de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 monto MOOP es de \$9,250.**

Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los importes que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su máximo de gastos de su bolsillo. Si llega al máximo de gastos de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar gastos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 No se permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), una protección importante para usted es que, después de que cumple con los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo

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

que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o afuera del área de servicio en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447).

SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos se muestran sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Texas Independence Community Plan cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. (La cobertura de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con lo siguiente:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen el cuidado médico, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicalemente necesarios. Esto significa que

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

los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que se trate de una emergencia o cuidado de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que brinda y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “preautorización”). Los servicios cubiertos que necesitan preaprobación están marcados en la tabla de beneficios médicos con una nota al pie de página.
- Si su plan de cuidado coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicalemente razonable y necesario para evitar interrupciones en la cuidado de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*). También puede consultarlo en línea en <http://es.Medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.)
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

- Si usted se encuentra dentro del período de 1 mes en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y su costo compartido no cambia durante este período.
- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran abajo y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Derrame cerebral
 - Una vez que sea miembro y haya sido atendido por un profesional de enfermería de práctica avanzada o PCP de Texas Independence Community Plan, se realizará una evaluación de riesgos para la salud (HRA). Según la documentación en la HRA, se determinará si reúne los requisitos para los beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
- Si quiere conocer más detalles, observe la fila Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas en la tabla de beneficios médicos siguiente.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede cumplir los requisitos.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico,	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros que

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>asistente médico, profesional de enfermería de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>cumplen los requisitos para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas cubiertas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dura 12 semanas o más;• no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• no está relacionado con una cirugía; y• no está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p>	<p>20 % del costo total de cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden prestar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros especialistas (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). 	
<h4>Servicios de ambulancia</h4> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar cuidado si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médica mente necesario.</p>	<p>el 20 % del costo total para cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para traslado en ambulancia programado y reiterativo, que no sea de emergencia.</p>
<h4>Examen físico anual</h4> <p>Cubrimos un examen físico anual.</p>	<p>20 % del Examen físico anual.</p>
 Consulta anual de bienestar <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
 Medición de la masa ósea	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicaamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. <p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina, o está en edad de procrear, y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la cuidado.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el curso de tratamiento. 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses a partir del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que 	<p>un pólipos u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y queda sujeto a copagos/coseguros.</p> <p>20 % del costo total aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos. De llevarse a cabo en un entorno hospitalario de atención ambulatoria, usted también paga al hospital un coseguro del 20 %.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección en heces de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en la misma consulta clínica de la prueba de detección. 	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación o radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula, o exámenes bucales previos al trasplante de órganos.</p> <p>Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral (dos por año calendario) • Limpieza (dos por año calendario) • Radiografía dental (dos por año calendario) • Tratamiento de flúor (dos por año calendario) 	<p>20 % del costo total de cada visita odontológica cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios odontológicos preventivos e integrales.</p> <p>El plan pagará hasta \$2,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p>
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Servicios integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios 	<p>Una vez agotado el máximo anual de \$2,000, usted es responsable de los cargos restantes.</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de cuidado primario que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>(dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede cumplir los requisitos para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>diabetes la cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. 	<p>Suministros para el control de la diabetes: 20 % del costo total</p> <p>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos: 20 % del costo total</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las personas que padecen diabetes y enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye el ajuste a medida. La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 20 % del costo total</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20 % del costo total de los servicios</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Cubrimos todo el DME que sea médicaamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a esta lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com.</p>	<p>cubiertos, todos los meses.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Se requieren autorizaciones previas para los cargos facturados que superen los \$500.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La cuidado de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una enfermedad o estado médico de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si</p> <p>Atención de emergencia (continuación)</p> <p>está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p>El cuidado de emergencia está cubierto dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por visita. El costo compartido no se cobra si es ingresado en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe pasar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención <i>O</i> debe recibir la atención para pacientes internados en un</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	hospital fuera de la red que nuestro plan autorice y su costo será el que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando usted la recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Nuestro plan cubre un examen de audición de rutina, ajuste/evaluación de audífonos. También cubrimos una asignación de \$1,000 para audífonos. Nuestro plan también cubre el siguiente beneficio complementario no cubierto por Medicare: <ul style="list-style-type: none">• Examen de audición de rutina: 1 por año• Evaluación y adaptación de audífonos: 4 cada 2 años• Audífonos: El beneficio de audífonos es ilimitado para audífonos internos, externos y sobre el oído cada dos años para ambos oídos combinados hasta un monto máximo de cobertura del plan de \$1,000 en total. Las compras de audífonos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de ajuste• 60 baterías al año por audífono (suministro para 3 años)• Garantía de reparación del fabricante por 3 años• Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono)• Debe adquirir sus audífonos en un proveedor de NationsBenefits. Comuníquese con	20 % del costo total de los servicios cubiertos relacionados con un examen de audición de diagnóstico de Medicare. No se requiere coseguro ni copago para el examen de audición de rutina o para el ajuste y la evaluación de los audífonos. Audífonos: Nuestro plan paga hasta \$1,000 por audífonos cada 2 años. El monto de \$1,000 se aplica a ambos oídos.
Servicios para la audición (continuación) NationsBenefits por teléfono al 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447).	
 Prueba de detección de VIH	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Para quienes solicitan una prueba de detección de VIH o están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo. 	miembros que cumplen los requisitos para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de cuidado médico a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de cuidado médico a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio en forma intermitente o a tiempo parcial (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	0 % del costo total de los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.
<p>Tratamiento de infusión a domicilio</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p>	20 % del costo total para los servicios de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa para los cargos facturados que superen los \$1,500.
<p>Tratamiento de infusión a domicilio (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados según nuestro plan de cuidado. 	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en las que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidado de alivio a corto plazo. • Cuidado a domicilio <p>Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de atención de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier otro servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</p>	<p> Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP).</p> <p>0 % del costo total de los servicios de consulta de hospicio cubiertos por Medicare (por única vez)</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	
<p>Para los servicios cubiertos por Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que estén o no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su cuidados paliativos por enfermedad terminal, usted pagará costos compartidos. Si están relacionados con su atención de hospicio por enfermedad terminal, entonces usted pagará los costos compartidos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5).</p>	
<p>Nota: Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal , debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para personas con una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p> Inmunizaciones (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicaamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo para obtener más información.</p>	neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicaamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes hospitalizados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita 	Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios. Días 1-60: Copago de \$0 para cada período de beneficios. Días 61-90: Copago de \$434 para cada período de beneficios. Del día 91 y en adelante: Copago de \$868 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Después de los días de reserva: Usted

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.	paga todos los costos.
<ul style="list-style-type: none">● Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe cubrir los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer una donación de sangre que puede ser de usted mismo o de otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.● Servicios médicos.	Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalaria o de enfermería especializada.
Nota: Para ser paciente hospitalizado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente hospitalizado. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> . La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.
	Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.
	Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días a lo largo de su vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.</p> <p>El límite de 190 días no corresponde a los servicios de salud mental que requieren hospitalización prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Se requerirá la autorización previa.</p> <p>Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1-60: Copago de \$0 para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61-90: Copago de \$434 para cada período de beneficios.</p> <p>Del día 91 y en adelante: Copago de \$868 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalaria.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>o de enfermería especializada.</p> <p>Se requerirá la autorización previa.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos.• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Entabillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.	<p>Usted paga los costos compartidos aplicable por los servicios cubiertos por Medicare como se describe a lo largo de este documento.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de autorización previa correspondientes que se describen a lo largo de este documento.</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none">Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente.Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia de nutrición clínica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
<p> Terapia médica nutricional (continuación)</p> <p>y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.</p>	
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos en todos los planes de salud de Medicare para las personas que cumplen los requisitos.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	del 0 % al 20 % del costo total para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none">Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorioInsulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero (como la bomba de insulina médica necesaria)Otros medicamentos que usa mediante algún equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro planEl fármaco contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas puede necesitar en su tratamiento.Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener Parte A en el momento del trasplante cubierto y Parte B en el momento que recibe medicamentos inmunosupresores. Medicamentos de la Parte D de Medicare	<p>La insulina está sujeta a un costo compartido del 0 % al 20 %, hasta un máximo de \$35 por suministro de insulina para un mes. No se aplican deducibles a nivel del plan.</p> <p>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$1,500.</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.	
<ul style="list-style-type: none">Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento para las náuseas intravenosoCiertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de MedicareMedicamentos calcimiméticos y aglutinantes del fosfato bajo el sistema de pago de enfermedad renal en etapa terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicaamente necesario, anestésicos tópicosAgentes fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como EpoGen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa)Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) <ul style="list-style-type: none">Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas bajo nuestros beneficios para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Ese asesoramiento	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de cuidado primario.</p>	<p>detección preventivos de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. 	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requerirá la autorización previa.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entabillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe cubrir 	<p>Es posible que se aplique un cargo por separado por el centro en el que se reciben los servicios.</p> <p>Se puede aplicar un costo compartido adicional para DME, medicamentos de la Parte B o servicios</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer una donación de sangre que puede ser de usted mismo o de otra persona.	médicos, si corresponde.
Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Radiografías: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
<ul style="list-style-type: none">• Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico.• Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Radioterapia para pacientes externos: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
	Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
	Todos los servicios de laboratorio: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
	Servicios ambulatorios de hematología: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
	Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos: 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en</p> <p>www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	<p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p> <p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de autorización previa correspondientes que se describen en los servicios a lo largo de este documento para los servicios que no están incluidos en los servicios de observación.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Cuidado de salud mental, incluida la cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta cuidado. 	<p>Usted paga los costos compartidos aplicable por los servicios cubiertos por Medicare como se describe a lo largo de este documento.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios hospitalarios para</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. <p>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Suministros médicos como entablillados y yesos. Algunos medicamentos y sustancias biológicas que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, excepto para servicios profesionales proporcionados en un hospital para pacientes ambulatorios.
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, orientador profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), profesional de enfermería de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>20 % del costo total de cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>20 % del costo total de cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>20 % del costo total de cada consulta de terapia del habla</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios ambulatorios no residenciales prestados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin el uso de servicios ambulatorios no residenciales prestados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin el uso de farmacoterapias.</p> <p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Los servicios pueden incluir terapia grupal o individual. step Therapy (terapia escalonada).</p>	<p>cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a los productos que se corresponden con la norma de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que figura en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de Cuidado Administrado de Medicare. Los medicamentos de venta libre requieren la recomendación de un proveedor para una condición diagnosticable específica y están permitidos de acuerdo con las pautas de su centro de cuidados a largo plazo.</p> <p>Puede visitar el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de artículos de venta sin receta con cobertura. Consulte con su equipo de atención de TIHP antes de pedir artículos del catálogo, o para obtener más información sobre su beneficio del catálogo de medicamentos OTC, consulte el catálogo de medicamentos OTC de Texas</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para centros quirúrgicos ambulatorios.</p>
	<p>Limitado a \$55 de asignación cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Independence Community Plan o comuníquese con el Servicio al cliente de Texas Independence Community Plan al 1-833-471-8447 (TTY 1-833-414-8447). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Los medicamentos OTC están disponibles para entregarse únicamente en el centro de atención de enfermería. Los productos no se pueden comprar en una farmacia minorista local ni a través de ninguna otra fuente que no sean los canales de beneficios de Texas Independence Community Plan enumerados arriba. Los artículos de venta sin receta se pueden comprar solo para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre. Los miembros son elegibles para usar la asignación trimestral completa en cualquier momento durante el trimestre.</p>	<p>Esta asignación se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza. Cualquier beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.</p>
<p>Beneficio para medicamentos de venta libre (OTC) (continuación)</p> <p>Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio de cuidado intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento conductual (salud mental), suministrado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario para la salud mental, un centro médico calificado a nivel federal, o una clínica rural de mayor intensidad que la cuidado médico recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio o familia con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia pero de menor intensidad que en una hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de cuidado médico médicalemente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital o cualquier otro sitio • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. <p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios médicos de atención primaria ○ Servicios de médicos especialistas ○ Otros servicios profesionales de cuidado médico ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Para obtener información sobre cómo acceder a los beneficios de telesalud, comuníquese con nuestro Centro de Servicios para los miembros. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. 	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se apliquen copagos y/o coseguros adicionales por servicios médicalemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>El cuidado de heridas en un consultorio médico o en un hogar de ancianos requiere autorización previa.</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">○ Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud.○ Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión antes de una cirugía.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica<ul style="list-style-type: none">○ servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para los miembros que padecen determinadas enfermedades que comprometen las extremidades inferiores. <p>Cuidado adicional de los pies, incluido el tratamiento del pie que generalmente se considera de rutina, es decir, corte o eliminación de callos, verrugas, durezas o uñas</p>	<p>20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por atención de podiatría de rutina, por 6 consultas por año calendario</p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. <p>Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático Específico (PSA).</p> <p>20 % del costo total del tacto rectal cubierto por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos ortésicos y protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta tabla).</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar (continuación) una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, sin tener dependencia. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas que cumplen los requisitos tienen cubierta una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero deben tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una tomografía computarizada de baja dosis:</i> el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	Medicare o para la tomografía computarizada de baja dosis.
<p> Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado médico calificado la solicita y usted cumple con uno de estos requisitos:</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
<p> Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.• Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ITS y

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>cuento el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como en un consultorio del médico.</p>	asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance).	20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le ingresa en el hospital como paciente hospitalizado para cuidado especial).• Capacitación en autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio).• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	

Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p>	
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p>	<p>Días 1-100: Copago de \$0 para cada período de beneficios.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicaamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe cubrir los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer una donación de sangre que puede ser de usted mismo o de otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.	<p>Día 101 y siguientes: Usted paga todos los costos.</p> <p>Se requerirá la autorización previa.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.• Servicios de médicos o profesionales.	
<p>Generalmente, usted recibe atención de SNF en instalaciones de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Un asilo de convalecencia o centro comunitario de cuidado continuo para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. <p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de dejar el hábito al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, es decir, el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Enfermedades cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica 	<p>Usted paga un costo compartido de \$0 por las consultas de estética o barbería con una asignación máxima de \$100 al año. Este beneficio se aplicará a los miembros con una o más enfermedades crónicas.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos 	<p>Transporte (sin necesidad médica)</p> <p>Usted paga un costo compartido de \$0 por un máximo de 4 traslados de ida cada año a lugares que no son de atención médica dentro de 50 millas del área local de</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Derrame cerebral <p>Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p>	servicio por taxi, servicios de viaje compartido, autobús o subway, camioneta o transporte médico para necesidades no médicas a los miembros.
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicalemente necesario.</p>	20 % del costo total de los servicios relacionados cubiertos por Medicare.
<p>Transporte (no emergencia, de rutina)</p> <p>Los servicios de transporte de rutina están cubiertos para hasta diez (10) viajes de ida por área de calendario dentro del Área de Servicio del Plan. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 para obtener más detalles sobre cómo usar este servicio.</p> <p>El transporte de rutina consiste en un viaje a una cita médica programada dentro de un servicio definido cuando la necesidad de</p>	Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 10 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>transporte no se basa en una necesidad médica y se puede cubrir a través de un taxi, un servicio de viaje compartido, una camioneta u otro vehículo que no sea una ambulancia. El viaje debe organizarse a través del proveedor de transporte contratado y debe programarse tres (3) días antes de los servicios necesarios.</p>	<p>compartido, camioneta o transporte médico.</p>
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>El servicio cubierto por el plan que requiere atención médica de inmediato pero no es una emergencia médica es un servicio de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si usted está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dados el tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios requerido de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor que sean médicaamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>20 % del costo total (hasta un máximo de \$40) por visita.</p> <p>El costo compartido no se aplica si es ingresado en el hospital en un plazo no mayor de 3 días por la misma afección.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos de pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	<p>20 % del costo total del examen cubierto por Medicare relacionado con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo.</p>
<p> Atención de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	<p>20 % del costo total de la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>20 % del costo total para</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía). Nuestro plan paga un examen de la vista de rutina cada año y \$150 por año para anteojos (monturas y lentes) 	<p>(montura y lentes) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.</p>
	<p>No se requiere coseguro ni copago por un examen de la vista de rutina por año.</p>
	<p>Asignación anual de hasta \$150 para la compra de lentes de contacto o un par de anteojos por año.</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmeme al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>Usted es responsable de pagar cualquier cantidad que exceda la asignación de \$150.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos.

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

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo deformada Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de compañía	No cubiertos en ninguna situación

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

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la cuidado por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios domésticos que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas las tareas de limpieza liviana o preparación de comidas sencillas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturopterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la cuidado odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como cuidado para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de una abrazadera de pierna y estén incluidos en el costo de la abrazadera ortopédica. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de cuidado de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicalemente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

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

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en que se implante una lente intraocular
Cuidado de rutina de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la tabla de beneficios médicos que figura en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada para recetar) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- El profesional que receta no debe figurar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta (consulte la Sección 2) o puede resurtir sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médica mente aceptada. Una “indicación médica mente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médica mente aceptada, consulte la Sección 3).
- Para su medicamento, se podría requerir la aprobación de nuestro plan basada en ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/) o llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, usted deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), llame a Servicio para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/ o llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le enviará en no más de 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, puede obtener un suministro temporal en una farmacia local. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

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

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

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para los miembros al número que figura en la contratapa de este folleto.

Si recibe un resurtido por correo que automáticamente que no quiere, es posible que cumpla los requisitos para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido podría ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/ se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera nuestra área de servicio, en las que puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Comuníquese primero con Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- Si no hay farmacias participantes cerca de usted, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en caso de una emergencia según lo determine el plan.
Cubriremos un suministro de hasta 30 días solamente.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le reembolse). Es probable que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la lista de medicamentos.

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.txindependencehealthplan.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- Llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.medimpact.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicaamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Visite el Capítulo 9).

Obtener la preaprobación del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan sobre la base de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los

medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Para obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com.

Probar otro medicamento primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede surtir cada vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O es posible que esté cubierta una versión genérica del medicamento pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O BIEN ahora debe tener algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de un mes de suministro del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar desperdiciarlo).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Para miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención al cambiar de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: del centro de cuidados a largo plazo al hospital, del hospital al centro de cuidados a largo plazo, del hospital a la casa, de casa al centro de cuidados a largo plazo, del hospicio al centro de cuidados a largo plazo, del hospicio a casa):**

Permitiremos un resurtido anticipado de un suministro de un mes de medicamento en el establecimiento minorista y en un establecimiento de atención a largo plazo para medicamentos del formulario y un surtido de transición de emergencia para medicamentos que no están en el formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el formulario pero requieren autorización previa, terapia escalonada, o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Esto no se aplica a los permisos de ausencia a corto plazo (es decir, feriados o vacaciones) de las instalaciones de cuidado a largo plazo o del hospital.
- Si está fuera de su período de transición de 90 días, aún le proporcionaremos un suministro de emergencia de 30 días en el establecimiento minorista o un suministro de hasta 31 días en el establecimiento de atención a largo plazo de medicamentos cubiertos por la Parte D que no están en el formulario (incluidos los medicamentos cubiertos por la Parte D que están en nuestro formulario y que de otro modo requerirían autorización previa, terapia escalonada o restricciones de límite de cantidad), caso por caso, mientras se procesa una excepción.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por su versión genérica.**
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura para medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la lista de medicamentos e inmediatamente quitar un medicamento similar o hacer cambios en la lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos quitar de inmediato un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o similares.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que vamos a eliminar o cambiar. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios que hicimos.
- **Agregar medicamentos a la lista de medicamentos y quitar o hacer cambios a un medicamento similar que está en la lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o similares.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le avisaremos con, al menos, 30 días de anticipación antes de hacer el cambio o le daremos un aviso del cambio y cubriremos un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando.
- **Quitar de la lista de medicamentos medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de

la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo diremos después de realizar el cambio.

- **Hacer otros cambios a medicamentos de la lista de medicamentos.**

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le avisaremos con al menos 30 días de anticipación antes de hacer estos cambios o le daremos un aviso del cambio y cubriremos un surtido para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cualquiera de estos cambios a cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable el profesional autorizado para recetar sobre las mejores opciones para usted, incluidos cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que los plan de medicamentos de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no pude cubrir el uso fuera de la indicación aprobada de un medicamento cuando no está respaldado por ciertas referencias, por ejemplo, American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

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

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, esta Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

Si usted no tiene información de miembro de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o bien usted puede solicitar a la farmacia que busque su información de inscripción en nuestro plan.

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

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Residentes en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)

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

Consulte el *Directorio de farmacias* www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/ para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos del plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su grupo del empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. Puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el beneficio de hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no estén cubiertos por su beneficio de hospicio por no estar relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, la persona autorizada para recetar o su proveedor de atención hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o persona autorizada para recetar que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o que reciba el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados

paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban cuidado seguro y adecuado.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

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

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinada(s) persona(s) autorizada(s) para recetar.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

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

No se le colocará en un Programa de Administración de Medicamentos si usted tiene determinadas enfermedades, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe cuidados paliativos o para el final de la vida, o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de los costos de los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si cumple con los requisitos para participar en este programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los que está tomando, qué cantidad toma, y el momento y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán

información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquelo y cancelaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS.

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.medimpact.com), el costo que ve en la herramienta refleja una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- El **deducible** es el importe que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un importe fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* se toma en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud para Pueblos Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cuando se pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) haya pagado un total de \$2,100 de gastos de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- La prima mensual de su plan es
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el Gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).

Seguimiento de los gastos de su bolsillo totales

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de gastos de su bolsillo. Cuando esta cantidad llega a \$2,100, en la *EOB de la Parte D* se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP). La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura de gastos médicos mayores**

SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** es el importe que usted pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud para Pueblos Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda con los Medicamentos (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizado por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Evidencia de Cobertura de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamo de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realizaron por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible de nuestro plan. Para todos los demás

medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los costos de suministro por medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista que pertenece la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en casos especiales. En la Sección 2.5 del Capítulo 5 se detalla cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan www.txindependencehealthplan.com/participating-pharmacies/.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar dentro de la red (suministro para hasta 30 días)	Costos compartidos en farmacias de centros de cuidado a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro para hasta 30 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (suministro para hasta 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; visite el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25 % del costo total

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber momentos en que usted o su médico quiera tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando va a probar un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete —y a su farmacéutico que le dispense— un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si le corresponde pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.

- Si le corresponde pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro para *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos de un suministro para *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos en farmacias de pedido por correo
	(suministro para hasta 90 días)	(suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido	25% del costo total	25 % del costo total

No pagará más de \$70 por un suministro para 2 meses o \$105 por un suministro para 3 meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Después pasa a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite que paga de su bolsillo de \$2,100\$ en un año.

Le informaremos cuando alcance este importe. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura de gastos médicos mayores

En la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de nuestro plan o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-866-213-1594 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

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

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden colocar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- A veces cuando se pone una vacuna, usted tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Abajo se incluyen tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde viva. En algunos estados no está permitido que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D, que incluye el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando recibe la vacuna, tiene pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrársela.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna en sí de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la administren.

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted quizás deba pagar el costo total de este servicio.

- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces puede que tenga que pagar el costo total cuando recibe cuidado médico o un medicamento con receta. Otras veces se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (es decir, que le reembolsemos). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico a que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde de costo compartido, según se detalla en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Evaluaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados por ley a prestar cuidado de emergencia.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la cuidado, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pida pagar un importe que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto le correspondía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando use una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, usted tiene que pagar el costo total de su medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es probable que no le devolvamos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide adquirir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe cubrirse. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede enviarnos una solicitud por escrito para solicitarnos que le reembolsemos. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que haga una copia de su factura y los recibos para guardarlos por si

las necesitara más adelante. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los 120 días** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de estar proporcionándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar su pago.

- No tiene la obligación de usar el formulario pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Esta es la información que necesitamos para tomar una decisión: Nombre del miembro, ID, dirección, fechas del servicio, nombre del proveedor del servicio, descripción de los servicios, monto cobrado, copia de la factura y recibo de pago (recibo del médico, recibo de la tarjeta de crédito o cheque cancelado).
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.txindependencehealthplan.com) o llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) para solicitarlo.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamaciones médicas:
farmacia:

Texas Independence Health Plan Inc.
Attn: Direct Member Reimbursement
P.O. Box 25738
Tampa, FL 33622-5738

Para reclamaciones de

MedImpact
Attn: DMR
10181 Scripps Gateway Ct.
San Diego, CA 92131

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la cuidado médico, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas que no sean inglés, incluido el español, y en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (usuarios de TTY llamen al 1-833-414-8447).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de cuidado médico preventivo y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la cuidado necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que presten un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame al 1-833-471-8447 para presentar una queja ante Servicios para los miembros. Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de

septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas que no sean inglés, incluido el español, y en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (usuarios de TTY llamen al 1-833-414-8447).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame al 1-833-471-8447 para presentar una queja ante Servicios para los miembros. Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en

salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No requerimos que obtenga remisiones para recibir atención de proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la cuidado.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica específicamente.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)

Compromiso con la Protección de la Información de Salud

El Plan cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (es decir, la "Regla de Privacidad") establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS") de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Dichas normas controlan la difusión de "información de salud protegida" ("PHI") de los Participantes del Plan. Las normas de privacidad se implementarán y harán cumplir en las oficinas del Empleador y del Patrocinador del Plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar en la operación del Plan.

El Plan está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de la PHI del Participante del Plan e informar sobre:

1. Las divulgaciones y usos de la PHI por parte del Plan;
2. Los derechos de privacidad del Participante del Plan con respecto a su PHI;
3. Las obligaciones del Plan con respecto a su PHI;
4. El derecho del Participante del Plan a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del HHS; y
5. La persona u oficina de contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

Dentro de esta disposición se pueden usar términos en mayúscula, pero no definidos de otra manera. Estos términos tendrán el mismo significado que los términos establecidos en 45 CFR Secciones 160.103 y 164.501. Cualquier modificación de la normativa HIPAA que altere un término de HIPAA definido o una cita normativa se considerará incorporada a esta disposición.

Cómo se puede usar y divulgar la Información de Salud

En general, las Normas de Privacidad permiten que el Plan use y divulgue la PHI de una persona, sin obtener autorización, solo si el uso o la divulgación es:

1. Para efectuar el Pago de prestaciones;
2. Para operaciones de atención médica;
3. Para fines de Tratamiento; o
4. Si el uso o divulgación cae dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las reglas (por ejemplo, la divulgación es requerida por ley o para actividades de salud pública).

Divulgación de PHI al Patrocinador del Plan para fines de Administración del Plan

Para que el Patrocinador del Plan pueda recibir y utilizar la PHI para fines de administración del plan, el Patrocinador del Plan se compromete a:

1. No usar ni divulgar PHI más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan o según lo exija la ley (como se define en las normas de privacidad);
2. Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el Patrocinador del Plan proporcione la PHI recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha PHI;
3. Establecer protecciones para la información, incluyendo sistemas de seguridad para el procesamiento y almacenamiento de datos;
4. Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que una persona dé su consentimiento o autorización específicos para divulgar dichos datos o que los datos se utilicen para el pago de la atención médica o las operaciones del Plan;
5. Recibir PHI, en ausencia de la autorización expresa de un individuo, solo para llevar a cabo funciones de administración del Plan;
6. No usar ni divulgar PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan, excepto de conformidad con una autorización que cumpla con los requisitos de las normas de privacidad;
7. Informar al Plan de cualquier uso o divulgación de la PHI que sea inconsistente con los usos o divulgaciones proporcionados de los cuales el Patrocinador del Plan tenga conocimiento;
8. Poner a disposición la PHI de acuerdo con la sección 164.524 de las normas de privacidad (45 CFR 164.524);
9. Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier modificación a la PHI de acuerdo con la sección 164.526 de las normas de privacidad (45 CFR 164.526);
10. Poner a disposición la información requerida para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones de acuerdo con la sección 164.528 de las normas de privacidad (45 CFR 164.528);
11. Poner sus prácticas, libros y registros internos relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS"), o cualquier otro funcionario o empleado del HHS a quien el se ha delegado la autoridad involucrada, con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan con la parte 164, subparte E, de las normas de privacidad (45 CFR 164.500 et seq);
12. Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación inconsistente de la PHI de la que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan;

13. Capacitar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar un responsable de cumplimiento de la privacidad responsable de dichas protecciones;
14. Si es factible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan todavía mantenga en cualquier forma y no conservar copias de dicha PHI cuando ya no se necesite para el propósito para el cual se hizo la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción es no es factible, limitar los usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hacen que la devolución o destrucción de la PHI no sea factible; y
15. Garantizar que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, como se requiere en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 504(f)(2)(iii)), de la siguiente manera:

Los siguientes empleados, o clases de empleados, u otras personas bajo el control del Patrocinador del Plan, tendrán acceso a la PHI que se divulgará:

- Oficial de Cumplimiento de Privacidad: El acceso a y uso de la PHI por parte de las personas descritas anteriormente estará restringido a las funciones de administración del plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan.
16. En caso de que alguna de las personas descritas anteriormente no cumpla con las disposiciones de los documentos del Plan relacionadas con el uso y la divulgación de la PHI, el Administrador del Plan impondrá sanciones razonables según sea necesario, a su discreción, para garantizar que no se produzcan más incumplimientos. El Administrador del Plan informará de inmediato dicha violación o incumplimiento al Plan y cooperará con el Plan para corregir la violación o el incumplimiento e imponer las medidas o sanciones disciplinarias correspondientes. Dichas sanciones se impondrán progresivamente (por ejemplo, advertencia oral, advertencia escrita, tiempo libre sin goce de sueldo y despido), si corresponde, y se impondrán de manera que sean proporcionales a la gravedad de la infracción.

Divulgación de Información de Salud Resumida al Patrocinador del Plan

El Plan puede divulgar PHI al patrocinador del plan de salud grupal para la administración del plan o de conformidad con una solicitud de autorización firmada por el Participante del Plan. El Plan también puede usar o divulgar "información de salud resumida" al Patrocinador del Plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal.

Divulgación de Cierta Información de Inscripción al Patrocinador del Plan

De conformidad con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), el Plan puede divulgar al Patrocinador del Plan información sobre si una persona participa en el Plan o si está inscrita o se ha dado de baja de un emisor de seguro médico u organización de mantenimiento de la salud que ofrece el Plan al Patrocinador del Plan.

Divulgación de la PHI para obtener Cobertura para Limitar Pérdidas o Exceso de Pérdida

Por la presente, el Patrocinador del Plan puede autorizar e indicar al Plan, a través del Administrador del Plan o el administrador externo, que divulgue la PHI a aseguradoras de

límite de pérdida, aseguradoras de exceso de pérdida o aseguradores generales gerentes ("MGU") para fines de suscripción y otros fines a fin de obtener y mantener una cobertura de límite de pérdida o exceso de pérdida relacionada con reclamos de beneficios bajo el Plan. Dichas divulgaciones se realizarán de acuerdo con las normas de privacidad.

Divulgación para respaldar la privacidad de la atención de salud reproductiva

La regla final prohíbe el uso o la divulgación de información médica protegida (PHI) para investigaciones o para imponer responsabilidad a las personas por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva. Exige que las entidades cubiertas obtengan una certificación firmada que confirme que el uso o la divulgación no es para un propósito prohibido. La regla de privacidad permite divulgaciones a las autoridades policiales solo cuando lo exige la ley y se cumplen todas las condiciones aplicables.

Esta regla final mejora las protecciones de privacidad al prohibir que los proveedores de atención médica cubiertos, los planes de salud, los centros de intercambio de información sobre atención médica o sus socios comerciales utilicen o divulguen PHI para:

- Realizar investigaciones penales, civiles o administrativas o imponer responsabilidad a personas por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legal.
- Identificar a personas a los efectos de dichas investigaciones o imponer responsabilidad.

Para hacer cumplir esta prohibición, la regla final requiere que las entidades cubiertas obtengan una certificación firmada cuando reciban solicitudes de PHI potencialmente relacionada con la atención de la salud reproductiva. Esta certificación es necesaria para las solicitudes relacionadas con lo siguiente:

- Actividades de vigilancia de la salud
- Procedimientos judiciales y administrativos
- Cumplimiento de la ley
- Divulgaciones a forenses y médicos forenses

La certificación garantiza que las solicitudes de PHI no sean para fines prohibidos y alerta a los solicitantes sobre posibles sanciones penales por violar deliberadamente la HIPAA al obtener o divulgar información de salud individualmente identificable (IIHI).

Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias

La regla final también requiere revisiones a las NPP para abordar las propuestas hechas en el Aviso de reglamentación propuesta para la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (SUD) ("Parte 2 NPRM"), según lo exige o de conformidad con la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus (CARES) de 2020.

Nos comprometemos a proteger la confidencialidad de los registros de los participantes del Plan con trastornos por uso de sustancias (SUD). De acuerdo con las reglamentaciones propuestas emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) como parte del Aviso de reglamentación propuesta (NPRM) para la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (SUD), tomaremos las siguientes medidas para proteger al participante del plan:

Fortalecer las medidas de protección de la confidencialidad de los registros de pacientes con SUD. Tomaremos medidas para dificultar que las fuerzas del orden obtengan registros de pacientes con SUD y limitaremos los tipos de información que se pueden divulgar a dichas fuerzas.

Cumpliremos con las mayores sanciones civiles y penales por violar la confidencialidad de los registros de pacientes con SUD.

La “Parte 2 NPRM” se refiere al Aviso de reglamentación propuesta para la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (SUD), a menudo denominado “Parte 2”. Esta NPRM propone cambios a las regulaciones que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con SUD para alinearlas más con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las propuestas clave incluyen las siguientes:

- Permitir el uso y la divulgación de los registros de la Parte 2 para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica con base en un único consentimiento previo firmado por el Participante del Plan.
- Mejorar la capacidad de divulgar información sobre el tratamiento de pacientes con SUD manteniendo su privacidad.

Estos cambios tienen como objetivo mejorar la coordinación e integración de la atención y garantizar al mismo tiempo la confidencialidad de los registros de los pacientes con SUD.

Otras divulgaciones y usos de PHI:

Usos y divulgaciones permitidos de PHI

1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica: El Plan tiene derecho a usar y divulgar la PHI de un Participante del Plan para todas las actividades incluidas en las definiciones de Tratamiento, Pago y Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud y de conformidad con la Regla de Privacidad de HIPAA.
2. Socios Comerciales: el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio Comercial

proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.

3. Otras Entidades Cubiertas: el Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de cuidado de la salud en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de cuidado médico cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra entidad cubierta para realizar tareas administrativas de cuidado de la salud. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora,

Otros usos y divulgaciones permitidos de PHI

1. Requerido por ley: el Plan puede usar o divulgar la PHI cuando lo exija la ley, siempre que el uso o la divulgación cumpla con los requisitos pertinentes de dicha ley y se limite a ellos.
2. Salud Pública y Seguridad: el Plan puede usar o divulgar PHI cuando esté permitido para fines de actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones a:
 - una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental apropiada autorizada por ley para recibir informes de abuso infantil, negligencia o violencia doméstica;
 - informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos regulados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos u otras actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de productos o actividades regulados por la FDA;
 - ubicar y notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando; y
 - una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, si lo autoriza la ley.
3. El Plan puede divulgar PHI a una autoridad gubernamental, a excepción de los informes de abuso o negligencia infantil permitidos por (5) anterior, cuando lo exija o lo autorice la ley, o con el acuerdo del Participante del Plan, si el Plan cree razonablemente que él/ella es un víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. En tal caso, el Plan informará de inmediato al Participante del Plan que se ha realizado o se realizará dicha divulgación, a menos que el Plan crea que informarlo le pondría en riesgo de sufrir daños graves (pero solo a alguien en posición de ayudar a prevenir la amenaza). En general, la divulgación se puede hacer a los padres u otros representantes de un menor, aunque puede haber circunstancias bajo leyes estatales o federales en las que los padres u otros representantes no tengan acceso a la PHI del menor.
4. Actividades de vigilancia de la salud: el Plan puede divulgar PHI a una agencia de

supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por ley. Esto incluye investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; auditorías de reclamos; licencia o acciones disciplinarias; y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de un sistema de atención médica, un programa de atención médica del Gobierno y el cumplimiento de ciertas leyes.

5. Demandas y Disputas: el Plan puede divulgar PHI cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, la PHI del Participante del Plan puede divulgarse en respuesta a una citación, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales requeridos cuando el Plan recibe garantías satisfactorias de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de informar al Participante del Plan de la solicitud o para obtener una orden que proteja dicha información y hacerlo de conformidad con las garantías procesales especificadas.
6. Cumplimiento de la ley: el Plan puede divulgar PHI a un funcionario de las fuerzas del orden cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley relacionados con la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida. En determinadas circunstancias, el Plan puede divulgar la PHI del Participante del Plan en respuesta a la solicitud de un funcionario de las fuerzas del orden si él/ella es, o se sospecha que es, víctima de un delito y si cree de buena fe que la PHI constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Patrocinador o del Plan.
7. Fallecidos: el Plan puede divulgar la PHI a un médico forense, director de una funeraria o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según sea necesario para llevar a cabo sus funciones según lo autorice la ley. El Plan también puede divulgar, según lo autorice la ley, PHI a organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
8. Investigaciones: el Plan puede usar o divulgar PHI para investigación, sujeto a ciertas condiciones limitadas.
9. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: el Plan puede divulgar PHI de acuerdo con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza a la salud o la seguridad de una persona o del público.
10. Compensación laboral: el Plan puede divulgar PHI cuando lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por ley.
11. Reclusos: el Plan puede divulgar PHI cuando a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas del orden para: que la institución brinde cuidado de la salud al Participante del Plan; la salud y seguridad del Participante del Plan y la salud y seguridad de los demás; o la seguridad y protección de la institución correccional.
12. Seguridad nacional y militar: el Plan puede divulgar la PHI a autoridades militares del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Según lo autorice la ley, el Plan puede divulgar la PHI requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional a funcionarios federales

autorizados.

13. Situaciones de emergencia: el Plan puede divulgar PHI en una situación de emergencia, o si el Participante del Plan está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada de ayuda en casos de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted. El Plan utilizará el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para el Participante del Plan. Si la divulgación es en el mejor interés del Participante del Plan, el Plan solo divulgará la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en la cuidado del Participante del Plan.
14. Actividades para recaudar fondos: el Plan puede divulgar PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si el Plan no se comunica con el Participante del Plan para actividades de recaudación de fondos, el Plan le dará al Participante del Plan la oportunidad de optar por no recibir tales comunicaciones en el futuro, o dejar de recibirlas.
15. Divulgaciones del plan de salud grupal: el Plan puede divulgar PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad, que brinda un programa de cuidado médico al Participante del Plan. El Plan puede divulgar PHI a esa entidad si esa entidad ha contratado al Plan para administrar el programa de cuidado de la salud del Participante del Plan en su nombre.
16. A los fines de suscripción: el Plan puede divulgar PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o solicitud de cobertura. Si el Plan no divulga la PHI del Participante del Plan con fines de suscripción, el Plan tiene prohibido usar o divulgar en el proceso de suscripción la PHI que es información genética.

Usos y Divulgaciones de PHI que Requieren Autorización

1. Venta de PHI: el Plan solicitará una autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de PHI, lo que significa que el Plan está recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esa manera.
2. Marketing: el Plan solicitará una autorización por escrito para usar o divulgar PHI con fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando el Plan tiene comunicaciones de marketing cara a cara con el Participante del Plan o cuando el Plan ofrece obsequios promocionales de valor nominal.
3. Notas de psicoterapia: el Plan solicitará una autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de las notas de psicoterapia del Participante del Plan que puedan estar archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Otros usos y divulgaciones de PHI que no se describen anteriormente se realizarán solo con autorización por escrito. Si el Participante del Plan proporciona al Plan dicha autorización, puede ser revocada por escrito y la revocación será efectiva para futuros usos y divulgaciones de PHI. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información

que el Plan ya utilizó o divulgó, con base en la autorización.

Divulgaciones Requeridas de PHI

Divulgaciones a Participantes del Plan: el Plan está obligado a divulgar a un Participante del Plan la mayor parte de la PHI en un Conjunto de Registro Designado cuando el Participante del Plan solicita acceso a esta información. El Plan divulgará la PHI de un Participante del Plan a una persona que haya sido asignada como su representante y que haya calificado para tal designación de acuerdo con la ley estatal pertinente. Antes de la divulgación a un individuo calificado como representante personal, el Plan debe recibir documentación de respaldo por escrito que establezca la base de la representación personal.

El Plan puede optar por no tratar a la persona como representante personal del Participante del Plan si cree de manera razonable que el Participante del Plan ha sido o puede ser objeto de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia por parte de dicha persona, no es en beneficio del Participante del Plan tratar a la persona como su representante personal, o tratar a dicha persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante del Plan.

1. **Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:** el Plan está obligado a divulgar la PHI del Participante del Plan al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de HIPAA.
2. **Socios Comerciales:** el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio Comercial proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.
3. **Otras Entidades Cubiertas:** el Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de cuidado de la salud en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de cuidado médico cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra entidad cubierta para realizar tareas administrativas de cuidado de la salud. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora,

Possible Impacto de Leyes Estatales

Las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA generalmente no "suplantan" (o tienen prioridad sobre) la privacidad estatal u otras leyes aplicables que brindan a las personas mayores protecciones de la privacidad. Como resultado, en la medida en que se

aplique la ley estatal, las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales, en lugar de las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA, podrían imponer un estándar de privacidad bajo el cual el Plan deberá operar. Por ejemplo, cuando se hayan promulgado tales leyes, el Plan seguirá leyes estatales de privacidad más estrictas que se relacionen con los usos y divulgaciones de la PHI en relación con el VIH o el SIDA, la salud mental, el abuso de sustancias/dependencia química, las pruebas genéticas, los derechos reproductivos, etc.

Derechos de las Personas

El Participante del Plan tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. **Solicitar Restricciones:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de la PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. El Participante del Plan puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a miembros de la familia, parientes, amigos u otras personas identificadas por él/ella que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.
2. **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones sobre su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. La solicitud debe hacerse por escrito y de la manera en que le gustaría ser contactado al Participante del Plan. El Plan acomodará todas las solicitudes razonables.
3. **Copia de este Aviso:** el Participante del Plan tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad.
4. **Rendición de cuentas de divulgaciones:** el Participante del Plan tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones que el Plan ha hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a divulgaciones para tratamiento, pago, tareas administrativas de cuidado de la salud y ciertos otros fines. El Participante del Plan tiene derecho a dicha rendición de cuentas durante los seis (6) años anteriores a su solicitud, aunque no antes del 14 de abril de 2003. Salvo lo dispuesto a continuación, para cada divulgación, la rendición de cuentas incluirá:
 - la fecha de la divulgación
 - el nombre y la dirección de la entidad o la persona que recibió la información de salud protegida
 - una descripción de la información de salud protegida divulgada
 - una declaración del propósito de la divulgación que informe razonablemente al Participante del Plan sobre la base de la divulgación y cierta otra información.

Para realizar una solicitud, comuníquese con el coordinador de Cumplimiento de Privacidad.

5. Acceso: el Participante del Plan tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI mantenida por el Plan sobre él/ella en ciertos registros mantenidos por el Plan. Si el Participante del Plan solicita copias, se le puede cobrar una tarifa para cubrir los costos de copiar, enviar por correo y otros suministros. Para inspeccionar o copiar la PHI, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan. Si el Plan niega la solicitud, el Participante del Plan puede tener derecho a una revisión de esa denegación.
6. Enmienda: el Participante del Plan tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o modifique su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud sea por escrito. Envíe la solicitud al Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan en ciertos casos, incluso si no es por escrito o si él/ella no brinda una razón para la solicitud.

Preguntas o Quejas

Si el Participante del Plan desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan, tiene preguntas o inquietudes, o cree que el Plan puede haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con el Plan utilizando la siguiente información. El Participante del Plan puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o al Plan. El Plan proporcionará al Participante del Plan la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si así lo solicita.

El Plan no tomará represalias contra el Participante del Plan por presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Información de contacto:

Información de contacto del Oficial de Cumplimiento de Privacidad:

Tammy Gifford, Oficial de Cumplimiento
1908 N. Laurent, Suite 250
Victoria, TX 77901

Línea gratuita: (888) 418-1566
tgifford@txihp.com

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

Como miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447):

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

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado médico. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar por adelantado si alguna cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de no poder tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado de la salud por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones por anticipado**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Cómo establecer instrucciones por anticipado:

- **Obtenga el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones por anticipado de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones por anticipado de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y firmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado instrucciones por anticipado, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Es su decisión completar un formulario de instrucciones por anticipado (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle cuidado ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la oficina del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas al 1-800-942-5540, la Junta Médica de Texas al 512-305-7030 (fuera de Texas) o al 1-800-248-4062 (dentro de Texas), o la Oficina del Fiscal General de Texas al 512-463-2100.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarle con imparcialidad**.

Sección 1.7 Si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no recibió un trato imparcial o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447)**

- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989)
- Comuníquese con Medicare
 - Visite <http://es.Medicare.gov> para leer la publicación *Sus derechos y protecciones de Medicare*. (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se enumera lo que usted tiene que hacer al ser miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447)

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 hay más detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 tiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle dándoles información, haciendo preguntas y cumpliendo con su cuidado.**
 - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitalares y otros consultorios.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar el importe adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este importe directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas quejas formales).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo se usan palabras más familiares en vez de algunos términos legales.

No obstante, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la

ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana.
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite <http://es.Medicare.gov>.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la cuidado médico (artículos o servicios médicos y/o medicamentos de la Parte D) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la cuidado médico.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su cuidado médico (servicios y artículos médicos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a artículos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos el cuidado médico antes de recibirllo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un médico especialista dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, salvo que usted o su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estandar de este médico especialista o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la cuidado médico que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidimos que el cuidado médico no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que

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

revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, hacemos una revisión de la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 en manos una organización de revisión independiente que no tiene ninguna conexión con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que envíemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre apelaciones relacionadas con el cuidado médico de Nivel 2.
- Encontrará más información de la Parte D en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer la solicitud en representación suya.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá estar designado como su representante. Llame

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

a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en

www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com.)

- Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en representación suya. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en nombre de usted.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com.) Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en representación suya. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en nombre de usted. Tiene que darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. A continuación se presentan los detalles de cada situación:

- **Sección 5:** Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Aplica únicamente a estos servicios:* cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué información le corresponde a usted, llame a Servicio para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). También puede obtener ayuda o información de SHIP.

SECCIÓN 5 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 En esta sección le indicamos qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios de cuidado médico se describen en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera las siguientes situaciones:

1. No está recibiendo el cuidado médico que quiere y cree que está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza el cuidado de salud que su médico u otro proveedor médico quiere prestarle y usted cree que este tipo de cuidado tiene cobertura del plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, pero le dijimos que no lo pagaríamos. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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

4. Recibió y pagó cuidado médico y cree que el plan debería cubrirlo, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de este cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de cuidado médico que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Cuando una decisión de cobertura incluye su cuidado médico, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación rápida**.

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo no mayor de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de preautorización, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida en general se toma en un plazo no mayor de 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el hecho de usar a los plazos estándar podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad de recuperar su función plena.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.

- Explique que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Se explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea recibir. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo mayor de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus reglas de preautorización. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras reglas de preautorización, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es

para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, puede apelar.

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

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración rápida**.

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

Una apelación estándar en general se hace dentro de los 30 días calendario o los 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se hace dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final del período de extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No tiene ninguna conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina **expediente de su caso**. Tiene derecho a solicitarnos una copia del

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

expediente de su caso. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:
 - Se explique su decisión.
 - Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indique el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le explique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea seguir adelante con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerla están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

En el Capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si el cuidado médico que pagó está cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

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

- **Si aprobamos su solicitud:** Si el cuidado médico tiene cobertura y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos el cuidado médico y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta que:

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médica aceptada. (En el Capítulo 5 tiene más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener información detallada sobre los medicamentos, reglas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección nos referimos a *medicamento* en general en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento con receta de la Parte D*. También usamos el término lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como se la extendieron, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera estas situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterio de autorización previa u el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

Sección 6.2 **Solicitar una excepción**

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

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

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona para recetar tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cómo cubrimos un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o el profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o del profesional que receta cuando pida la excepción.

La Lista de medicamentos normalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo no mayor de **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que si su médico o profesional que receta pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea recibir. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com. En el Capítulo 2 se

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

encuentra la información de contacto. Las solicitudes de determinación de cobertura también se pueden presentar electrónicamente en www.txindependencehealthplan.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada para recetar) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en nombre de usted. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico o el profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional que receta puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación rápida**.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

Una apelación estándar en general se hace en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se hace en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o el profesional que receta tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-213-1594.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.txindependencehealthplan.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las **solicitudes de apelación** también pueden presentarse electrónicamente en www.txindependencehealthplan.com.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando evaluamos su apelación, hacemos otra revisión detenida de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas

cualquier momento cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada para recetar para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada para recetar) debe contactarse con la organización de revisión independiente y solicitar la revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina **su expediente del caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **ratificar**

la decisión. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se explique la decisión.
- Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar el cuidado que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que sale el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de ser admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]. Todos los que tengan Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en nombre de usted.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha del alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad del cuidado) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-833-414-8447) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Se puede encontrar información de contacto de SHIP en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista de alta es médicaamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado médico a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la cuidado que se presta a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare about Your Rights*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad **antes de dejar el hospital y no más tarde de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, póngase en contacto con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba*

pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se le indica su fecha de alta planificada y se explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le da su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente dice la acepta, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la rechaza, significa que la fecha prevista del alta es médicaamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *siguiente* en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le brinde su respuesta a la 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 el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechace su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión tenida de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
Debemos seguir brindando cobertura para su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicaamente necesaria.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama ratificar la decisión.
- En el aviso que reciba, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio cubiertos, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de cuidado para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales:

Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de tramitación rápida**. Solicitar una apelación de tramitación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar cuidado médico.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. En el aviso se indica:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicaamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan

sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se le vence el plazo y usted desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare*. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales:

Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicaamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

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

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después de* la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo el cuidado después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión tenida de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su cuidado durante el tiempo que sea médica mente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez del fuero administrativo o abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez en el **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal del Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un valor monetario determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el juez del fuero administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para**

apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez en el **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal del Distrito Federal.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso cuidado en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none">• ¿Algún ha sido grosero o le ha faltado el respeto?• ¿No está conforme con nuestros Servicios para los miembros?• ¿Siente que le están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O por nuestros Servicios para los miembros u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos un aviso requerido?• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:

Queja	Ejemplo
las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<ul style="list-style-type: none">• Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida o una apelación rápida</i>, y la hemos rechazado; puede presentar una queja.• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.• Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Presentar una queja también se denomina **presentar una queja formal**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** también se denomina **queja formal rápida**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente el primer paso es llamar a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - **Quejas estándar:** para usar nuestros procedimientos formales para responder a las quejas, puede llamar a Servicios para los miembros para presentar una queja verbalmente, o puede enviar su queja por escrito a nuestra dirección indicada en el Capítulo 2, Sección 1. Una vez que recibamos su queja, haremos una investigación. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitar información adicional. Una vez que lleguemos a una conclusión, le notificaremos verbalmente o por escrito si recibimos su solicitud por escrito, si solicitó una respuesta por escrito o si su queja involucra inquietudes sobre la calidad de la atención. Nuestra conclusión debe llegarle dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja. Sin embargo, algunos casos pueden requerir tiempo adicional. En esos casos, le

notificaremos por escrito nuestra necesidad de catorce (14) días calendario adicionales para llegar a una conclusión cuando el tiempo adicional sea lo mejor para usted.

- **Quejas aceleradas:** puede presentar una queja acelerada verbalmente o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación acelerada de organización/cobertura o una redeterminación/reconsideración acelerada. Puede presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración, redeterminación o queja estándar. Puede solicitar:
una queja acelerada comunicándose con Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
- El **plazo** para presentar una denuncia es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos lo antes posible.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, lo haremos incluir nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga

por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describen situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si va a irse de nuestro plan, debemos continuar proporcionando su cuidado médico y medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento

Usted puede cancelar su membresía en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) en cualquier momento.

- Porque vive en un hogar de ancianos, usted puede **cancelar su membresía** en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) en cualquier momento.
- Si decide **cambiar a un nuevo plan**, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que

deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta acerca de cancelar su membresía puede:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447)**
- Buscar la información en el manual ***Medicare y usted 2026***.
- O bien, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

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

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.• Su inscripción en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pregunte

cómo cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Se cancelará su inscripción en Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo productos y servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en estas situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de participación de nuestro plan
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un hogar de ancianos disponible a través de nuestro plan. Consulte el Directorio de proveedores del plan para obtener una lista de nuestros asilos de ancianos o centros de cuidados a largo plazo con contrato o llame a Servicios para los miembros y solicite que le enviemos una lista (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).

- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta sus requisitos de participación para nuestro plan. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de manera perturbadora y nos dificulta brindarle cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener cuidado médico. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Texas Independence Community Plan no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de comunicarle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

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

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llámenos a Servicios para los miembros al 1-833-471-8447 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para los miembros pueden ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Texas Independence Community Plan como una a Medicare Advantage

Organization, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Derechos de subrogación y responsabilidad frente a terceros

Si le hacemos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos, tenemos derecho a subrogarnos por completo en todos y cada uno de los derechos que tiene contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos y/o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se otorgan al Programa de Medicare según las Reglas del pagador secundario de Medicare. Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un derecho de retención sobre el producto de cualquier sentencia, acuerdo u otra adjudicación o recuperación que reciba, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficios u otros montos pagados en virtud de cualquier ley o adjudicación de compensación laboral;
2. Todos y cada uno de los pagos realizados directamente por o en nombre de una entidad externa;
3. Cualquier laudo arbitral, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o montos pagados en virtud de una póliza de cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente; o
4. Cualquier otro pago designado, asignado o destinado a ser pagado a usted como compensación o restitución, por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta cooperar con nosotros y cualquiera de nuestros representantes y tomar las medidas o pasos necesarios para garantizar nuestro derecho de retención, incluidos, entre otros:

1. Responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones;
2. Responder a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y
3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que comencemos para proteger nuestros derechos; incluyendo pero no limitado a participar en el descubrimiento, asistir a las deposiciones y comparecer y testificar en el juicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre recuperación de sobrepagos

Si los beneficios pagados por esta Evidencia de Cobertura, más los beneficios pagados por otros planes, exceden la cantidad total de gastos, nuestro plan tiene derecho a recuperar la cantidad de ese pago en exceso de entre uno o más de los siguientes: (1) cualquier persona a quien o para quien se hayan realizado dichos pagos; (2) otros Planes; o (3) cualquier otra entidad a la que se hayan realizado dichos pagos. Este derecho de recuperación se ejercerá a discreción de nuestro plan.

Deberá ejecutar todos los documentos y cooperar con Texas Independence Community Plan para garantizar su derecho a recuperar dichos sobrepagos, previa solicitud de Texas Independence Community Plan.

SECCIÓN 6 Información farmacéutica

Los nombres de medicamentos enumerados en este y en cualquier otro documento del Plan son marcas registradas y/o no registradas de compañías farmacéuticas externas que no están relacionadas con ni afiliadas a Texas Independence Community Plan. Incluimos estas marcas registradas aquí solo con fines informativos y no implican ni sugieren afiliación entre el patrocinador del plan y dichas compañías farmacéuticas de terceros.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP), solo tiene que pagar los montos de participación en los costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más de la cantidad de costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a base de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos

de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca..

Etapa de cobertura de gastos médicos mayores: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen afecciones crónicas y graves específicas.

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal de **presentar una queja** es presentar una **queja formal**. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, COF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto

total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado de custodia: es el cuidado personal brindado en un asilo de convalecencia, centro de cuidados paliativos u otro tipo de centro similar cuando usted no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deductible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

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

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación del individuo.

Persona con doble elegibilidad: persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, EMD): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Ejemplos: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé nonato), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Cuidado de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa por un medicamento y usted quiere que eliminemos la restricción de criterios o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser más económico.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pagos.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio: un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que haya sido certificado médicaamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica. Si opta por un programa de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando se le ha ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que pagó de su bolsillo para el año alcancen el límite que paga de su bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: cuando cumple los requisitos para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si cumple los requisitos para Medicare cuando cumple 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, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento de salud, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos establecimientos de salud a largo plazo. I-SNP incluyen los siguientes tipos

de planes: Los SNP de equivalencia institucional (IE-SNP), los SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y los SNP institucionales dentro de un establecimiento de salud (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales de Equivalencia Institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un establecimiento de salud.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consultar “Ayuda adicional”.

Programa de descuento del fabricante: un programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Máximo de gastos de su bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por su prima del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y costos de medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médica mente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de referencia, por ejemplo, American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX..

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen

enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período que va del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que

cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de cuidado médico para revisar los medicamentos.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus quejas formales y sus apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Período de inscripción abierta: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de

cuidado de la salud los importes de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico donde acepten Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Límite de gastos de su bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un importe que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de Proveedores Preferidos que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un importe de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores

(preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

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

Servicios preventivos: cuidado médico para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor(a) de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, los siguientes: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

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

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye importes de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden escrita de su médico de cuidado primario para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada prestados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de este tipo de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de ancianos o centros de cuidados a largo plazo y que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: el servicio cubierto por el plan que requiere atención médica de inmediato pero no es una emergencia médica es un servicio de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable dados el tiempo, el lugar y las circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina al proveedor que sean médicalemente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia

incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros de Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llame al	1-833-471-8447 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	1-833-414-8447 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-844-593-6221
Escriba a	Texas Independence Health Plan, Inc. Attn: Customer Service P.O. Box 25738 Tampa, FL 33622-5738
Sitio web	www.txindependencehealthplan.com

Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) – (SHIP de Texas)

El Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Programa de Información, Asesoría y Apoyo Legal sobre Cobertura Médica (HICAP) North Austin Complex 333 Guadalupe Austin, Texas 78701
Sitio web	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos. De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.