1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Pruebas de cobertura para 2026:

Su cobertura de Medicare, beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos como miembro de Verda Noble Care (HMO)

Este documento detalla su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

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

- Nuestro plan de primas y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y farmacéuticos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con el servicio o el tratamiento.
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Para cualquier pregunta sobre este documento, llame a Experiencia del Miembro. Puede comunicarse al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY, marquen 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos), del 1 de abril al 30 de septiembre. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario de atención se responderán en un plazo de un día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Verda Noble Care (HMO), es ofrecido por Verda Health Plan of Texas, Inc. (Cuando esta Prueba de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Verda Health Plan of Texas, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Verda Noble Care (HMO).

Este documento está disponible gratuitamente en español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros de Verda Noble Care (HMO) pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Verda Noble Care (HMO): Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarte con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Comienza a registrarte como miembro 6

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Verda Noble Care (HMO). 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros 8
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026 10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima de su plan mensual 15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan..... 17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20

SECCIÓN 1 Contactos de Verda Noble Care (HMO) 20
SECCIÓN 2 Obtén ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguridad social..... 28
SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad 29
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 30
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 33
SECCIÓN 9 Si tiene seguro médico colectivo u otro seguro de salud proporcionado por su empleador 34

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 35

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan..... 35
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica..... 37
Para obtener autorización para un proveedor de servicios especializados que no están disponibles dentro de la red, su médico de cabecera enviará una solicitud de derivación y la documentación de respaldo a su IPA/grupo médico asignado. Para servicios urgentes o de emergencia, primero se brindará la atención y luego el proveedor presentará la reclamación correspondiente a Verda Noble Care (HMO) junto con la documentación médica de respaldo. 41
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica..... 41
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente el coste total deservicios cubiertos¿ 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica 47
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos..... 48

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)..... 50

SECCIÓN 1 Comprender los gastos que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos..... 50
SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos..... 52
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 92

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 95

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan..... 95
SECCIÓN 2 Suelte su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan. 96
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan..... 99
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 102
SECCIÓN 5 Qué puedes hacer si uno de tus medicamentos no está cubierto como te gustaría 103
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año..... 106
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos..... 108
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 110
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 110
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos..... 112

CAPÍTULO 6: Lo que pagas por los medicamentos de la Parte D 115

SECCIÓN 1 Lo que pagas por los medicamentos de la Parte D 115
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Verda Noble Care (HMO)..... 117
SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra. 118
SECCIÓN 4 La etapa del deducible..... 120
SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial..... 120
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 126
SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios 126
SECCIÓN 8 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D 127

CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 130

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos..... 130

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le devolvamos el dinero o paguemos una factura que usted tiene 133

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no. 133

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 135

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 135

SECCIÓN 2 Tus responsabilidades como miembro de nuestro plan 141

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamaciones)..... 143

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud 143

SECCIÓN 2 ¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada? 143

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debo usar para su problema? 144

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones sobre cobertura y apelaciones 145

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación 148

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación 157

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto..... 169

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto. 174

SECCIÓN 9 Llevando tu apelación a los niveles 3, 4 y 5 179

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 182

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan 186

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 186

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 186

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 189

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan..... 190

SECCIÓN 5 Verda NobleCare(HMO) debe finalizar nuestra membresía en el plan en ciertas situaciones. 190

CAPÍTULO 11: Avisos legales 192

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 192

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 192

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 193

CAPÍTULO 12: Definiciones 194

CAPÍTULO 1:
Comienza a registrarte como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Verda Noble Care (HMO).

Sección 1.1 Estás inscrito en Verda Noble Care (HMO), que es una HMO de Medicare.

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura médica y de medicamentos a través de nuestro plan, Verda Noble Care (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Verda Noble Care (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la Prueba de Cobertura

Este Comprobante de Cobertura forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Verda Noble Care (HMO) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan anexos o modificaciones.

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Verda Noble Care (HMO) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite modificar los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Verda Noble Care (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por 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) debe aprobar Verda Noble Care (HMO) anualmente. Usted podrá seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando continuemos ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted podrá ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Usted tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Usted reside en nuestra área de servicio geográfico (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfico, aunque se encuentren físicamente dentro de ella.
- Eres ciudadano estadounidense o te encuentras legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Planificar el área de servicio de Verda Noble Care (HMO)

Verda Noble Care (HMO) solo está disponible para quienes residen en nuestra área de servicio. Para mantener su afiliación, debe seguir residiendo en dicha área, la cual se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los condados de Dallas y Collin en Texas. Si planea mudarse fuera de esta área, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Atención al Cliente al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY, marquen 711) para verificar si contamos con un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período Especial de Inscripción que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nuevo domicilio.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

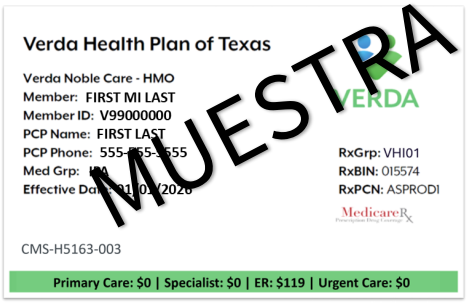
Sección 2.3 ciudadano estadounidense o presencia legal

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Verda Noble Care (HMO) si no cumple con este requisito para permanecer en nuestro plan. Verda Noble Care (HMO) deberá darlo de baja si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de afiliación siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. Si tiene una tarjeta de Medicaid, también debe mostrarla al proveedor. Ejemplo de tarjeta de afiliación:



NO utilice su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Verda Noble Care (HMO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se la soliciten si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, perdida o robada, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY marquen 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El directorio de proveedoreshttps://verdahptx.com/find-a-doctor/Lista de nuestros proveedores de red actuales. Los proveedores de red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o posible obtener

servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área de cobertura y los casos en que Verda Noble Care (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtén la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web enhttps://verdahptx.com/find-a-doctor/

Si no tiene un directorio de proveedores, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Atención al Cliente llamando al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY, marquen el 711). Los directorios impresos que solicite se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias (https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/) incluye las farmacias de nuestra red. Estas farmacias están autorizadas a surtir recetas cubiertas por nuestro plan. Use el directorio para encontrar la farmacia que prefiera. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

El directorio de farmacias también muestra qué farmacias de nuestra red tienen un sistema de copago preferencial, que puede ser inferior al copago estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un directorio de farmacias, puede solicitar una copia al Departamento de Atención al Cliente llamando al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY, marquen el 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web enhttps://verdahptx.com/find-a-pharmacy/ Los planes pueden incluir detalles que describan información adicional sobre las farmacias de la red disponibles en la sección de Experiencia del Miembro del sitio web.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una Lista de Medicamentos Cubiertos (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Verda Noble Care (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con 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 según se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Verda Noble Care (HMO).

La lista de medicamentos también indica si existen normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Esta lista incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, también cubrimos otros medicamentos que no aparecen en la Lista de Medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con Atención al Miembro al 1-888-256-5123 (usuarios de TTY, marquen 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite el sitio web del plan https://verdahptx.com/medication/ o llame a Atención al Miembro.

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026

	Tus costes en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la sección 4.1.	**$0**
Monto máximo de desembolso de bolsillo Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos por las Partes A y B. (Consulte los detalles en el Capítulo 4, Sección 1.2).	**$2,399**
visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
visitas de consultorio de especialistas	**$0 por visita**
Estancias hospitalarias de pacientes internados	**$0 Días 1-3** **Copago de $150/día (Días 4-7)** **$0 Día 8-90**

	Tus costes en 2026
deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para más detalles, consulte el Capítulo 6, Sección 4)	**$300** **No aplica a los niveles 1, 2 y 6.** **Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6, Secciones 5 y 6 para obtener más detalles, incluidos el Deducible Anual, la Cobertura Inicial y las Etapas de Cobertura Catastrófica).	**[Copago/Coaseguro según corresponda] durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Nivel 1 de medicamentos: $0** **Nivel 2 de medicamentos: $0** **Nivel 3 de medicamentos $40** **En este nivel, usted paga $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto.** **Drogas de nivel 4: 30%** **Drogas de nivel 5: 29%** Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D..

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Parte D Penalización por inscripción tardía (Sección 4.3)

- Importe mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Plan premium

No paga una prima mensual aparte por Verda Noble Care (HMO). Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, la información sobre las primas en este Comprobante de Cobertura podría no aplicarle. Hemos incluido un documento aparte, llamado Anexo del Comprobante de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) y solicite el Anexo LIS.

En algunas situaciones, la prima de nuestro plan podría ser menor

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual Medicare & You 2026, la sección titulada Costos de Medicare 2026. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-youo solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY: 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. Esta multa consiste en una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de finalizar su período de inscripción inicial, transcurrieron 63 días o más consecutivos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se suma a su prima mensual o trimestral. Los planes que no permiten pagos trimestrales omiten la mención trimestral de la oración anterior. Al inscribirse por primera vez en Verda Noble Care (HMO), le informaremos el monto de la multa. Si el plan lo cancela por falta de pago de las primas, incluya el siguiente texto: Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tienes que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Usted recibe ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar sus gastos de medicamentos.
- Estuviste menos de 63 días seguidos sin cobertura válida.
- Usted contaba con cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará anualmente si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información por carta o en un boletín informativo de dicho plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:**Cualquier carta o notificación debe indicar que usted contaba con una cobertura de medicamentos recetados válida que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:**Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son válidos para la cobertura de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Si transcurrieron 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida después de haber sido elegible para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contabilizará los meses completos sin cobertura. La penalización es del 1% por cada mes sin cobertura válida. Por ejemplo, si transcurren 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto promedio de la prima mensual de los planes de medicamentos de Medicare en todo el país con respecto al año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2026, el monto promedio de la prima es de $38.99. Este monto podría cambiar para 2026.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización por la prima base nacional para beneficiarios y redondee el resultado a los 10 centavos

más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por $38.99, lo que equivale a $5.46. Esto se redondea a $5.50. Esta cantidad se sumaría a la prima mensual del plan para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La sanción puede cambiar cada año.**porque la prima base nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Seguirás pagando una multa.**cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted es menor de 65 años y está inscrito en Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para acceder a Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se le notifique el pago de una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una penalización antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de dicha penalización.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre dicha multa. De lo contrario, podría ser dado de baja por falta de pago de las primas del plan.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA). Este cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierto límite, usted pagará la prima estándar más el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite [enlace].www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un cargo adicional por IRMAA, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole el monto adicional. Este monto se descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de

nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. Debe pagar el cargo adicional por IRMAA al gobierno. No se puede pagar con la prima de su plan mensual. Si no paga el cargo adicional por IRMAA, se le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si lo tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar directamente a la farmacia). Su factura mensual se basa en el monto adeudado por sus recetas, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses restantes del año.

El capítulo 2, sección 7, ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto 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 la prima de su plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Hay dos formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos un aviso informándole del monto de la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D. Puede enviar su cheque de multa por inscripción tardía en la Parte D directamente a Verda Health Plan of Texas. Debemos recibir su cheque a nombre de “Verda Health Plan of Texas, Inc.” a más tardar el último día del mes anterior al mes de cobertura en la siguiente dirección:

Plan de Salud Verda de Texas, Inc.

ATENCIÓN: Inscripción

7755 Center Ave, Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647

Nota: No se aceptan pagos en persona. Si su banco no procesa el pago, se le cobrará un cargo por la devolución del artículo.

Opción 2: Que se le descuente la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede solicitar que se le descuente la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Atención al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar su multa mensual de esta manera. Con gusto le ayudaremos a configurarlo.

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en hacerse efectivo. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Atención al Afiliado al número que aparece en la contraportada de este documento.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D,

El pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D vence el primer día de cada mes. Si no recibimos su pago antes de esa fecha, le enviaremos un aviso informándole que su membresía al plan finalizará si no recibimos el pago de la multa, en caso de adeudarla, dentro de un plazo de tres meses calendario. Si adeuda una multa por inscripción tardía en la Parte D, deberá pagarla para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía por no haber pagado la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la hubiera, tendrá cobertura médica bajo Medicare Original. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Abierta. (Si permanece sin cobertura de medicamentos válida por más de 63 días, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras mantenga dicha cobertura).

Al finalizar su membresía, es posible que aún tenga deudas pendientes por penalizaciones. Nos reservamos el derecho de iniciar el cobro de la cantidad adeudada. Además, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en cualquier otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía indebidamente, puede presentar una queja. Si tuvo una emergencia ajena a su control que le impidió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeudaba, dentro de nuestro plazo de gracia, puede presentar una queja. Revisaremos nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-888-256-5123 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos), del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2 La prima de nuestro plan mensual no cambiará durante el año.

No podemos modificar el importe de la prima mensual de su plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagarla. Esto podría ocurrir si adquiere o pierde la elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía en la Parte D y reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalización por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Encontrará más información sobre Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan.

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluyendo su proveedor de atención primaria/grupo médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuánto debe pagar usted. Por ello, es muy importante que mantenga su información actualizada.

Si se produce alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación por responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente automovilístico.
- Si te ingresan en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de su área de cobertura o fuera de la red,
- Si la persona responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (Nota: No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si alguna de estas informaciones cambia, infórmenos llamando a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

También es importante comunicarse 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 recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar dicha cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama**Coordinación de beneficios.**

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tengamos registrada. Lea esta información con atención. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las reglas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga

primero (el pagador principal) cubre hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga después (el pagador secundario) solo cubre los gastos que no cubre el seguro principal. El pagador secundario podría no cubrir los gastos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para 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, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si usted tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Este tipo de cobertura suele pagar primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios de la neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Verda Noble Care (HMO)

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Verda Noble Care (HMO) Member Experience al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarle.

Experiencia del miembro – Información de contacto	
Llamar	**1-888-256-5123** Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a 20:00, los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a 20:00 de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. Nota: Cuando estemos cerrados, puede dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en festivos y fuera de nuestro horario comercial se responderán en un plazo de un día hábil. El departamento de Experiencia del Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	**714-845-9839**
Escribir	**Plan de Salud Verda de Texas Atención:** **Departamento de Experiencia del Miembro** 7755 Center Ave., Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647

	MemberExperience@verdahealthcare.com
Sitio web	https://verdahptx.com/

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitar que revisemos y modifiquemos 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 sobre cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto	
Llamar	**1-888-256-5123** Las llamadas a este número son gratuitas Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	**714-845-9839**
Escribir	**Plan de Salud Verda de Texas Atención:** **Atención:Departamento de Agricultura y Ganadería** 7755 Center Ave., Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647 Correo electrónico: GandA@verdahealthcare.com
Sitio web	https://verdahptx.com/

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llamar	**1-866-705-4182**

	Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	**1-858-791-7100**
Escribir	MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	www.medimpact.com URL para completar el formulario de determinación de cobertura en línea http://mp.medimpact.com/partdcoveragedetermination

Apelaciones para medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llamar	**1-866-705-4182** Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	**1-858-790-6060**
Escribir	MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	www.medimpact.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros, alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pago. Para más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Llamar	**1-888-256-5123** Las llamadas a este número son gratuitas Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	714-845-9839
Escribir	**Plan de Salud Verda de Texas Atención:** **Atención:Departamento de Agricultura y Ganadería** 7755 Center Ave., Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647 Correo electrónico: GandA@verdahealthcare.com
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Verda Noble Care(HMO)directamente a Medicare, vaya awww.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobreParte D- Información del contacto	
Llamar	**1-866-705-4182** Las llamadas a este número son gratuitas

	Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Un representante está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Fax	714-845-9839
Escribir	MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Verda Noble Care(HMO)directamente a Medicare, vaya awww.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted recibió.

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, puede 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 rechazamos alguna parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llamar	**1-888-256-5123** Las llamadas a este número son gratuitas Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Contáctanos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al

	31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	**714-845-9839**
Escribir	Plan de Salud Verda de Texas Atención: Departamento de Agricultura y Ganadería, 7755 Center Ave., Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647 Correo electrónico: GandA@verdahealthcare.com
Sitio web	https://verdahptx.com/mppp/

SECCIÓN 2 Obtén ayuda de Medicare

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

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatea en directo enwww.Medicare.gov/hablar-con-alguien.
Escribir	Escriba a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo sus costos y los servicios que ofrecen.
- Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores y suministradores de atención médica.
- Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de "bienestar").
- Obtenga información y formularios para apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes de salud, residencias de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.
- Busca sitios web y números de teléfono útiles.

También puedes visitarMedicare.gov Para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Verda Noble Care(HMO).

Para presentar una queja ante Medicare,ir awww.Medicare.gov/my/medicare-complaintMedicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare.

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal independiente (no vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender las opciones de su plan y a cambiar de plan.

Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) – Información de contacto – Información de contacto	
Llamar	1-800-252-9240
TTY	711
Escribir	Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas 1100 West 49th St. Austin, Texas 78756-3199 o Apartado Postal 149347 Austin, Texas 78714-9347
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Organizaciones que ofrecen planes en varios estados: Revisen los párrafos segundo y tercero de esta sección para usar el nombre genérico (Organización para la Mejora de la Calidad) cuando sea necesario, e incluyan una lista de nombres, números de teléfono y direcciones de todas las Organizaciones para la Mejora de la Calidad (OMC) en su área de servicio. Los planes tienen la opción de incluir un anexo aparte para listar las OMC en todos los estados, o en todos los estados donde se registra el plan y deben hacer referencia a dicho anexo a continuación. Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra. Salud. AcentraAcentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago de Medicare para supervisar y contribuir a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente y no está afiliada a nuestro plan.

Debes ponerte en contacto con Acentra Saluden cualquiera de estas situaciones

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen la administración de medicamentos incorrectos, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Crees que la cobertura de tu estancia hospitalaria termina demasiado pronto.
- Crees que la cobertura para tu atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF) está terminando demasiado pronto.

AcentraSalud(Organización de Mejora de la Calidad de Texas) – Información de contacto – Información de contacto	
Llamar	1-888-315-0636

	De lunes a viernes, de 9:00 a 17:00, y sábados y domingos de 11:00 a 15:00; excepto festivos estatales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escribir	AcentraSalud 5201 Oeste Kennedy Blvd. Ste. 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	http://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguridad social

La Administración del Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social indicándole que debe pagar este monto adicional y tiene preguntas sobre el mismo, o si sus ingresos disminuyeron debido a un cambio importante en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Seguridad Social – Información de contacto	
Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 19:00, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 19:00, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también pueden optar a Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos, como las primas. Estos programas de ahorro de Medicare incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):**Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):**Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (PC):**Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidad cualificadas y en activo (QDWI):**Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) (Medicaid).

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) – Información de contacto	
Llamar	1-800-252-9240 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00, excepto festivos estatales.
TTY	Retransmisión TDD 1-800-735-2989
Escribir	*Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas* *1100 West 49th St. Austin, Texas 78756-3199* *O* *Apartado postal 149347 Austin, Texas 78714-9347*
Sitio web	https://www.dshs.texas.gov/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los programas que se mencionan a continuación pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social ofrecen un programa llamado Ayuda Adicional que ayuda a cubrir los costos de medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si usted reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también se aplica a sus gastos de bolsillo.

Si reúne los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Visitahttps://secure.ssa.gov/i1020/startpara solicitar en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Al solicitar Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (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 indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener comprobantes del monto correcto del copago. Si ya cuenta con comprobantes del monto correcto, podemos ayudarle a compartirlos con nosotros.

- ***Si desea solicitar asistencia para obtener la mejor evidencia disponible y para proporcionar dicha evidencia, comuníquese con Experiencia del Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).***
- Cuando recibamos la documentación que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta en su próxima receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante cheque o con un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podríamos realizar el pago directamente a

la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podríamos realizar el pago directamente al estado. Llame a [Nombre del miembro].ExperienciaPara obtener información adicional, llame al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tienen preguntas.

¿Qué sucede si usted cuenta con ayuda adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/o otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que cubra los medicamentos de la Parte D (excepto "Ayuda Adicional"), aún obtiene el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si usted cuenta con ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia Farmacéutica para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia Farmacéutica para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están incluidos en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés).

Nota: Para ser elegible para el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH (ADAP, por sus siglas en inglés) en su estado, debe cumplir con ciertos requisitos, como comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y no tener seguro médico o tener cobertura insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador social de ADAP local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

Programa de Medicación contra el VIH de Texas (THMP)

Apartado de correos 149347

MC 1873

Austin, TX 78714

1-800-255-1090 (teléfono) TTY/TDD 711

De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 horas.

www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus residentes.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Atención Médica Renal (KHC).

Programa de Atención a la Salud Renal (KHC) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas) – Información de contacto	
Llamar	1-800-222-3986, Opción 2 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 horas.
TTY	711
Escribir	Atención de la salud renal MC 1938 Apartado de correos 149030 Austin, TX 78714-9947
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a gestionar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario.(Enero – Diciembre). Cualquier persona con 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 usar esta opción de pago..**Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.**Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [sitio web].www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto	
Llamar	**1-877-419-2604** Las llamadas a este número son gratuitas. Puede contactarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. También contamos con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	714-845-9841
Escribir	**Plan de Salud Verda de Texas, Inc.** **Atención: Experiencia del miembro – MP3** 7755 Center Ave, Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647
Sitio web	https://verdahptx.com/

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

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

Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) – Información de contacto	
Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 am a 3:30 pm, lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm el miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene seguro médico colectivo u otro seguro de salud proporcionado por su empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede consultar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho). Si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cuenta con otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de su grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios de dicho grupo. El administrador de beneficios podrá ayudarle a comprender cómo se integrará su cobertura actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener detalles sobre la cobertura médica que ofrece nuestro plan y cuánto paga usted al recibir atención, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de red y servicios cubiertos

- **Proveedores**Son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para prestar servicios y atención médica. El término «proveedores» también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de red**Son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su copago como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando usted consulta con un proveedor de la red, paga solo su parte del costo de sus servicios.
- **Servicios cubiertos**Incluye toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios de medicamentos recetados cubiertos se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Verda Noble Care (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Verda Noble Care (HMO) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención médica que recibe está incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan.**en el Capítulo 4.

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.**Médicomente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención médica.**Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera de la red debe darle una autorización previa (una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro 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 una derivación de su médico de cabecera para atención de emergencia o servicios que requieran con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera, consulte la sección 2.2.
- **Debes recibir atención médica de un proveedor de la red.**(Vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios recibidos. A continuación, se presentan 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que usted reciba con urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué se considera atención de emergencia o servicios que se necesiten con urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la presten, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo copago que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización previa antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red.
      En este caso, usted paga lo mismo que si recibiera atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación 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 se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de cobertura o cuando su proveedor habitual no esté disponible o sea inaccesible. El costo compartido que pague por la diálisis con nuestro plan nunca será mayor que el de Medicare Original. Si se encuentra fuera de nuestra área de cobertura y recibe diálisis de un proveedor fuera de nuestra red, su costo compartido no será mayor que el que pagaría dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y elige

recibir servicios dentro de nuestra área de cobertura de un proveedor fuera de la red, su costo compartido para la diálisis podría ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica.

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención médica.

¿Qué es un PCP y qué beneficios le aporta?

Su médico de cabecera (PCP) es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, usted recibirá su atención médica de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, generalmente necesitará primero la aprobación de su PCP (esto se denomina "remisión" a un especialista). Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro Plan. Esto incluye:

• Rayos X

• Pruebas de laboratorio

• Terapias

• Atención de proveedores que son especialistas

• Ingresos hospitalarios y

• Atención de seguimiento

La coordinación de sus servicios incluye consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su evolución. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener una autorización por escrito de su médico de cabecera con anticipación (por ejemplo, una derivación a un especialista). En algunos casos, su médico de cabecera deberá obtener una autorización previa de Verda Noble Care (HMO) o de su grupo médico. Dado que su médico de cabecera le proporcionará y coordinará su atención médica, debe solicitar que envíen todos sus expedientes médicos anteriores a su consultorio.

Existen varios tipos de proveedores que pueden actuar como su médico de cabecera. Estos incluyen medicina familiar, medicina general y medicina interna.

¿Cómo elegir un médico de cabecera?

Para ver una lista de los médicos de atención primaria disponibles, consulte nuestro directorio de proveedores o visite nuestro sitio web enhttps://verdahptx.com/find-a-doctor/Después de revisar la lista de proveedores disponibles en su área, llame a Atención al Afiliado (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este documento). Su relación con su médico de cabecera es muy importante. Por eso, le recomendamos que elija uno cerca de su domicilio. Tener a su médico de cabecera cerca facilita mucho el acceso a la atención médica y el desarrollo de una relación de confianza y comunicación abierta. Es importante programar su cita inicial de evaluación de salud con su nuevo médico de cabecera dentro de los 120 días posteriores a su inscripción. Esto le proporciona a su médico de cabecera información básica para su tratamiento. Cada médico de cabecera tiene ciertos especialistas a los que deriva pacientes. Esto significa que el médico de cabecera que seleccione puede determinar los especialistas que usted consulte.

Cómo cambiar de médico de cabecera

Puedes cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que tu médico de cabecera deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrías que elegir uno nuevo.Si desea cambiar de médico de cabecera dentro de su grupo médico o IPA contratado, este cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar de médico de cabecera a uno afiliado a un grupo médico o IPA diferente, su solicitud deberá recibirse antes del día 6 del mes. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar de médico de cabecera, llame a Atención al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Al llamar, asegúrese de informar a Atención al Afiliado si está consultando con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su médico de cabecera (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Atención al Afiliado le ayudará a garantizar que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo al cambiar de médico de cabecera. También verificarán que el médico de cabecera al que desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Atención al Afiliado le informará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo médico de cabecera. También le enviarán una nueva tarjeta de afiliación que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo médico de cabecera. En ocasiones, un proveedor de la red que utiliza puede dejar el plan. Si esto sucede, tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Recibirá una carta nuestra informándole que su médico de cabecera ya no pertenece a nuestra red. Puede llamar a Atención al Afiliado para que le ayuden a encontrar y seleccionar otro proveedor o nosotros seleccionaremos otro médico de cabecera dentro de su grupo médico contratado o IPA para usted. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar de médico de cabecera si lo desea. No estás satisfecho con el PCP que seleccionamos para ti.

Sección 2.2 Puede obtener atención médica sin necesidad de una derivación a su médico de cabecera.

Puedes obtener los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener la aprobación previa de tu médico de cabecera.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos si los realiza con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, si las recibe de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios cubiertos por el plan que requieren atención urgente son aquellos que necesitan atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dadas su situación, lugar y circunstancias, resulta irrazonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que requieren atención urgente son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las consultas médicas de rutina necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red de proveedores no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento durante su ausencia..

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Cuando su médico de cabecera considere que usted necesita tratamiento especializado, le dará una derivación (con autorización previa) para consultar con un especialista de su

plan o con otros proveedores específicos. Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Para ciertos tipos de derivaciones, su médico de cabecera podría necesitar nuestra aprobación previa (esto se denomina "autorización previa"). Es muy importante obtener una derivación (aprobación previa) de su médico de cabecera antes de consultar con un especialista del plan o con otros proveedores. Si no cuenta con una derivación (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagarlos usted mismo.

Si el especialista le recomienda regresar para recibir más atención, asegúrese primero de que la derivación (autorización previa) que le proporciona su médico de cabecera para la primera consulta cubra las visitas adicionales al especialista. Si desea acudir a un especialista u hospital específico, averigüe si su médico de cabecera deriva pacientes a dicho especialista u hospital. Cada médico de cabecera tiene una lista de especialistas y hospitales con los que realiza derivaciones. Esto significa que el médico de cabecera que elija determinará a qué especialistas y hospitales le derivará.

Cuando un especialista u otro proveedor de red abandona nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja de formar parte de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud mental deja de formar parte de nuestro plan, le notificaremos si lo visitó en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor de la red recién calificado para la continuidad de su atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuidad de dicho tratamiento o terapias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.

- Te proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tengas para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea insuficiente para cubrir sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con los costos compartidos dentro de la red. Se requiere autorización.
- Si descubre que su médico o especialista deja nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una reclamación sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas (vaya al Capítulo 9).

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

Los miembros pueden obtener servicios de un proveedor fuera de la red solo cuando no haya proveedores de servicios especializados disponibles dentro de la red (es decir, una subespecialidad única para la cual Verda Noble Care (HMO) no tiene un proveedor contratado), o en situaciones urgentes y/o de emergencia.

Para obtener autorización para un proveedor de servicios especializados que no están disponibles dentro de la red, su médico de cabecera enviará una solicitud de derivación y la documentación de respaldo a su IPA/grupo médico asignado. Para servicios urgentes o de emergencia, primero se brindará la atención y luego el proveedor presentará la reclamación correspondiente a Verda Noble Care (HMO) junto con la documentación médica de respaldo.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica.

Sección 3.1 Busque atención médica si tiene una emergencia médica.

Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida del feto), la amputación de una extremidad o la pérdida de su función, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de emergencia médica:

- **Busca ayuda lo antes posible.**Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación ni una remisión de su médico de cabecera. No es necesario que consulte con un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia en todo el mundo, siempre que el motivo de la atención cumpla con la definición de emergencia médica que se indica anteriormente. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.**Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas siguientes. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2 y en la contraportada de este documento.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones donde cualquier otro medio de traslado a urgencias podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros para planificar la atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar con proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Si recibe servicios de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, generalmente deberá pagar la factura al momento de recibirlos. La mayoría de los proveedores extranjeros no son elegibles para recibir reembolsos directamente de Medicare o Verda Noble Care (HMO), ni aceptarán reembolsos de Medicare o Verda Noble Care (HMO), y le solicitarán que pague los servicios directamente. Es su responsabilidad proporcionar a Verda Noble Care (HMO) una factura o recibo detallado por escrito que muestre los servicios específicos que se le brindaron. Envíe una copia de la factura o recibo detallado para que podamos reembolsarle los servicios cubiertos según las tarifas de reembolso de Medicare

Original, menos cualquier copago correspondiente. Deberá estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluyendo, si corresponde, expedientes médicos traducidos.

Un seguro médico de viaje le protegerá de tener que pagar gastos médicos elevados por servicios no cubiertos por su seguro médico y cubrirá los gastos médicos imprevistos que pueda tener durante sus viajes internacionales. Se recomienda contratar un seguro médico de viaje antes de viajar al extranjero.

La cobertura mundial de atención de emergencia y urgencia no está cubierta por Medicare Original y se considera un beneficio suplementario. Verda Noble Care (HMO) reembolsará los servicios de emergencia y urgencia cubiertos fuera de la red, fuera de los Estados Unidos y sus territorios, según las tarifas de reembolso de Medicare Original. Usted será responsable de cualquier costo que exceda lo que pagaría Medicare Original, menos cualquier copago correspondiente a los servicios recibidos.

¿Y si no se tratara de una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede que acudas a urgencias pensando que tu salud corre peligro, y el médico te diga que, después de todo, no era una emergencia. Si resulta que no lo era, siempre y cuando hayas creído razonablemente que tu salud estaba en peligro, cubriremos tu atención médica.

Sin embargo, una vez que el médico indique que no se trata de una emergencia, solo cubriremos la atención adicional si la recibe de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y deberá seguir las reglas que se indican a continuación para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios.

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dadas su situación de tiempo, lugar y circunstancias, resulta irrazonable obtenerlo de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Sin embargo, las consultas médicas de rutina necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente..

Puede acceder a servicios de urgencia en centros de atención urgente y hospitales concertados, tal como se indica en nuestro Directorio de Proveedores. Consulte la sección "Atención Urgente" del Capítulo 4 de la tabla de beneficios para obtener más información. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y urgencia a nivel mundial, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención urgente, presente su tarjeta de identificación de miembro de Verda Noble Care (HMO). Si el proveedor no acepta su seguro, es posible que deba pagar los servicios de su propio bolsillo. Asegúrese de obtener una copia de la factura, junto con la documentación de su historial médico y el comprobante de pago, para poder enviar la información a Verda Noble Care (HMO) y solicitar el reembolso. Si el historial médico y la documentación de respaldo no están disponibles en inglés, es su responsabilidad adjuntar una copia traducida a su solicitud. Verda Noble Care (HMO) requiere que usted envíe la factura, junto con la documentación de los registros médicos y cualquier pago que ya haya realizado, dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio o la fecha de alta para que podamos considerar los cargos para el reembolso.

Sección 3.3 Reciba atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a la atención médica de nuestro plan.

Visitahttps://verdahptx.com/ Para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red con los costos compartidos de los proveedores dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente el coste total deservicios cubiertos¿

Si pagó más de lo que corresponde a su plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitar que paguemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo proceder.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.

Verda Noble Care (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite de beneficios médicos cubiertos, los gastos médicos adicionales no se contabilizarán para su límite máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Atención al Cliente si desea saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado..

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 llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Estos estudios suelen requerir la participación de voluntarios. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención médica (la que no está relacionada 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 de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico elegible, solo deberá abonar la parte correspondiente a los costos compartidos dentro de la red por los servicios de dicho ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya abonó el monto de los costos compartidos de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la parte correspondiente a los costos compartidos dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que acredite el monto que pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. Los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica no tienen que pertenecer a la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de

exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Alojamiento y manutención durante una estancia hospitalaria que Medicare cubriría incluso si no estuvieras estudiando.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo tratamiento.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan cubrirá la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará lo mismo por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera a través de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó de su parte del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar reembolsos.

> Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que se realiza una prueba de laboratorio con un costo de $100 como parte de un estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero la prueba costaría $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Usted nos notificaría que recibió un servicio elegible para un ensayo clínico y enviaría la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ni Medicare ni nuestro plan cubrirán ninguno de los siguientes gastos:

- Por lo general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare lo cubra incluso si usted no participara en el estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados gratuitamente por los patrocinadores de la investigación para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica.

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de Medicare «Medicare y estudios de investigación clínica», disponible enwww.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdfTambién puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica

Sección 6.1 Una institución de atención médica religiosa no médica

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de cuidados especializados. Si recibir atención en un hospital o centro de cuidados especializados va en contra de las creencias religiosas del afiliado, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se ofrece únicamente para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución de atención médica religiosa no médica

Para recibir atención médica de una institución de salud religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico que no esté contemplado en dicha institución.

- **No exceptuado**Se entiende por atención o tratamiento médico todo aquel que sea voluntario y no exigido por ninguna ley federal, estatal o local.

- **Excepto**El tratamiento médico es la atención o el tratamiento médico que se recibe de forma no voluntaria o que es obligatorio según las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que presta la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución prestados en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - —y— debe obtener la aprobación de nuestro plan con anticipación antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Usted tiene cobertura de hasta 90 días por período de beneficios con un proveedor de atención médica no médica de carácter religioso. Pagará el mismo copago que por la atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No serás propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar un cierto número de pagos según nuestro plan.

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, recetados por un proveedor para que los miembros los usen en casa. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de EMD, como las prótesis. Otros tipos de EMD deben alquilarse.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (DME) se convierten en propietarios tras pagar los copagos durante 13 meses. Como miembro de Verda Noble Care (HMO), usted no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice mientras sea miembro de nuestro plan. Tampoco adquirirá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero (DME) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para adquirirlo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se contabilizan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Posteriormente, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 pagos nuevos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se contabilizan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Verda Noble Care (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y su contenido.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Verda Noble Care (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede optar por continuar con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si continúa con la misma compañía, y nuevamente deberá pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o se da de baja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

SECCIÓN 1 Comprender los gastos que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos detalla los servicios cubiertos y muestra cuánto paga usted por cada uno como miembro de Verda Noble Care (HMO). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos no cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos que usted podría pagar de su propio bolsillo por los servicios cubiertos

Entre los tipos de gastos que usted podría pagar de su propio bolsillo por los servicios cubiertos se incluyen:

- **Copago:**El monto fijo que pagas cada vez que recibes ciertos servicios médicos. Pagas un copago al momento de recibir el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos te brinda más información sobre tus copagos).
- **Coaseguro:**El porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el precio máximo que pagarás por los servicios médicos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestra red. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de $2,399.

Los importes que paga por copagos y coseguros de los servicios cubiertos dentro de la red se incluyen en este límite máximo de gastos de bolsillo. Los importes que paga por las primas

del plan y los medicamentos de la Parte D no se incluyen en su límite máximo de gastos de bolsillo.Además, los importes que usted paga por algunos servicios no se contabilizan dentro de su límite máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos.Si alcanza el límite máximo de gastos de bolsillo de $2,399, no tendrá que pagar ningún costo adicional durante el resto del año por los servicios cubiertos por la red de las Partes A y B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero la pague por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarte el saldo restante.

Como miembro de Verda Noble Care (HMO), usted cuenta con una importante protección, ya que solo paga su copago cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos adicionales por separado, conocidos como facturación de saldo. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si surge una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra el cobro de saldo:

- Si su participación en los costos es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de red.
- Si su copago es un coaseguro (un porcentaje del total de los gastos), usted nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá del tipo de proveedor que consulte.
    - 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 que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión, en casos de emergencia o para servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha cobrado un saldo pendiente, llame al miembroExperienciaPara obtener información adicional, llame al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.

La tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios de Verda Noble Care.(HMO)La cobertura incluye los gastos que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las directrices de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. Esto significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, 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 tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibes atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibas de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o que nuestro plan o un proveedor de la red te haya dado una referencia. Esto significa que debes pagarle al proveedor el costo total de los servicios que recibas fuera de la red.
- Usted cuenta con un médico de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención médica. [Los planes que no requieren referencias pueden omitir el resto de este punto]. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle una autorización previa (una referencia) antes de que pueda consultar con otros proveedores dentro de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga más con nuestro plan que con Medicare Original. Para otros, paga menos. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare y Usted 2026. Puede verlo en línea en [enlace]).www.Medicare.govo solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también los cubrimos sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o seguimiento por una afección médica preexistente, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección.
- Si Medicare añade cobertura para algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para otros beneficios suplementarios específicos y/o costos compartidos reducidos específicos.

Información importante sobre beneficios para los afiliados con afecciones crónicas

• Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.

◦Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS)

◦trastornos autoinmunitarios

◦Cáncer

◦trastornos cardiovasculares

◦insuficiencia cardíaca crónica

◦Demencia

◦Diabetes mellitus

◦Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico

◦Enfermedad gastrointestinal crónica

◦Enfermedad renal crónica (ERC)

◦trastornos hematológicos graves

◦VIH/SIDA

◦trastornos pulmonares crónicos

◦afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes

◦Trastornos neurológicos

◦Ataque

◦Atención posterior al trasplante de órganos

◦Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores

◦Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo

◦Condiciones con dificultades funcionales que requieren servicios similares, incluidos los siguientes:

◦Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.

◦Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas puedan

mantener o conservar el funcionamiento

• O bien su proveedor habrá completado una Confirmación de Diagnóstico o Verda realizará una evaluación de salud para sus necesidades de salud crónicas para determinar si usted es elegible para beneficios adicionales.

• Para obtener más detalles, consulte la fila de Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en la tabla de beneficios médicos que aparece a continuación.

• Contáctanos para saber exactamente a qué beneficios puedes tener derecho.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que pagas
Detección de aneurisma de aorta abdominal Ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especializado.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este examen preventivo.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días bajo las siguientes circunstancias: A efectos de esta prestación, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • inespecífica, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • No está relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (tal como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP)/enfermeras especialistas clínicas (CNS) (según se definen en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o	Copago de $0.00 para Medicare acupuntura cubierta servicios. *Se requiere autorización.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para emergencias o situaciones que no lo sean, incluyen ambulancias aéreas, de ala rotatoria y terrestres, hasta el centro médico apropiado más cercano que pueda brindar atención, si se prestan a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una emergencia, deberá documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	copago de $199.00 para Terreno cubierto por Medicare Prestaciones por ambulancia. copago del 20% para Medicare- ambulancia aérea cubierta beneficios. Exento si aceptado. *Se requiere autorización para* *Medicare no urgente* *servicios*
visita anual de bienestar Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario haber tenido una consulta de Bienvenida a Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que pagas
para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
Servicios de spa de belleza Puedes utilizar los beneficios de tu Beauty Spa con tu Tarjeta NationsBenefits en cualquier establecimiento participante por solo Manicuras y pedicuras. Tienes**$15**asignación cada **METROundécimo** (No se acumula) para gastar en servicios de spa de belleza aprobados por el plan. Es necesario cumplir con los requisitos de calificación de SSBCI. Para obtener más información sobre este beneficio, llame al 1-877-224-7934, de 8:00 am a 8:00 pm, hora local.	Copago de $0.00
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía basal entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los miembros que cumplan ciertas condiciones y cuenten con la remisión de un médico tienen acceso a programas	Copago de $25.00 por cada uno: • Cardíaco cubierto por Medicare Servicios de rehabilitación •

Servicio cubierto	Lo que pagas
integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca convencionales.	MedicaredoIntensivo sobre Rehabilitación Cardíaca *Se requiere autorización/remisión.*
visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta anual con su médico de cabecera para ayudarle a reducir su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si procede), controlar su presión arterial y darle consejos para que lleve una alimentación saludable.	No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de la terapia conductual intensiva.
pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
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, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el tratamiento.
Detección del cáncer colorrectal Se incluyen las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no son de alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario previo. • La colonografía por tomografía computarizada (TC) para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última TC de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, la cobertura puede realizarse después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última TC de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo tras haberse realizado una colonoscopia de cribado. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN en heces con múltiples marcadores para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los 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 de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces, cubierta por Medicare, arroje un resultado positivo.	
Compañerismo • Prestación por necesidades sociales: Tiene derecho a hasta 30 horas anuales de servicios de acompañamiento y asistencia general. La asistencia general incluye ayuda con tecnología y tareas domésticas sencillas.	Usted paga $0 por este servicio de compañía
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare sí cubre los servicios dentales en ciertas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento de la afección médica principal del paciente. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia en casos de cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órgano.	Servicios preventivos: Sin copago para hasta un (1) examen oral cada seis (6) meses. (2 exámenes al año) Copago de $0.00 hasta una (1) limpieza cada seis (6) meses (2 limpiezas cada año). Copago de $0.00 hasta un (1) tratamiento con flúor (sin barniz) cada seis (6) meses. Copago de $0.00 hasta un (1) juego completo de radiografías dentales cada seis (6) meses (2 radiografías al año) a menos que sea médicamente necesario. Consulte la tabla de tarifas de Delta Dental para obtener detalles

Servicio cubierto	Lo que pagas
	sobre los límites y el copago de cada Servicio Integral. Usted es responsable de cualquier monto que exceda el límite de cobertura. Consulte el Plan de Salud VerdaHealth de Texas.,Directorio de Delta Dental para información.
Detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.
detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (que incluye la prueba de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de hiperglucemia (glucemia alta). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que reúna los requisitos para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación en el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas con diabetes (usuarias de insulina y no usuarias). Los servicios cubiertos incluyen:	Copago de $0.00

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Material para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para la glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de punción, y soluciones para el control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros. • Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. • La formación en el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	
Equipos médicos duraderos (EMD) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos (monitores continuos de glucosa), camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Por lo general, Verda Noble Care (HMO) cubre cualquier equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Verda Noble Care (HMO) y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe consultar con su médico para determinar qué marca es médicamente apropiada después de	0% de coseguro para artículos de $175 o menos. 20% de coseguro para artículos de más de $175. Su participación en los costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% cada mes. *Se requiere autorización.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9). La monitorización continua de glucosa (MCG) está cubierta por el seguro de equipos médicos duraderos (DME). Se requiere autorización previa.	
Atención de emergencia La atención de urgencias se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida del feto), la amputación de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El copago de los servicios de emergencia necesarios que usted recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe esos servicios dentro de la red. Cuando viajas fuera de los Estados Unidos y necesitas Para acceder a los servicios de urgencias, asegúrese de presentar su Verda. Tarjeta de identificación de miembro de Noble Care (HMO). Si el proveedor no la tiene. Si acepta su seguro, es posible que tenga que pagar de su bolsillo por sus servicios. Asegúrese de obtener una copia de la factura junto con documentación de historiales médicos y comprobante de pago para que Puedes enviar la información a Verda Noble Care (HMO) para Reembolso. Si los registros médicos y la	Se aplica un copago de $119.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si se le ingresa dentro de las 48 horas por la misma afección, se eximirá del copago de emergencia. Incluye cobertura mundial. La atención de emergencia fuera de los EE. UU. está limitada a $50,000.00 por año calendario, incluyendo el beneficio combinado para atención urgente. Existe un copago de $119.00 para la cobertura de emergencia mundial. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que su afección de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para

Servicio cubierto	Lo que pagas
documentación justificativa lo permiten. La documentación no se proporciona en inglés, es su responsabilidad. responsabilidad de presentar una copia de los documentos traducidos con su solicitud. Verda Noble Care (HMO) requiere que usted envíe la factura, junto con la documentación de los registros médicos y cualquier pagos que ya haya realizado dentro de los 60 días anteriores a la fecha de fecha de servicio o alta para que consideremos los cargos por Reembolso: No cubrimos el transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.	que su atención continúe cubierta.
Programas de educación sobre salud y bienestar Se trata de programas centrados en afecciones de salud como la hipertensión, el colesterol, el asma y las dietas especiales. Programas diseñados para mejorar la salud y los estilos de vida de Entre los programas que ofrece se incluyen control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. Programa de fitness El plan ofrece una membresía flexible para el gimnasio. Para obtener más información sobre estos beneficios, llame a MemberExperience (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). documento). **Este beneficio proporciona una membresía individual de gimnasio a través del proveedor Silver and Fit.**	Copago de $0.00 para el programa de fitness.
Servicios auditivos Evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su Las consultas con el médico de cabecera para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando la proporciona un médico, audiólogo o otro proveedor cualificado. Los miembros deben contactar con TruHearing para todas las citas con los proveedores.	Copago de $0.00 para los cubiertos por Medicare Exámenes de audición diagnósticos. Copago de $0.00 para hasta 1 prueba de audición de rutina al año. Copago de $0.00 para 1 adaptación/evaluación de audífonos. Cada año. Copago de $299 por

Servicio cubierto	Lo que pagas
TruHearing:1-877-653-9144 Lunes a viernes, 6:00 a. m. – 8:00 p. m. MT	audífono para audífonos avanzados. Tecnología: copago de $599 por audífono para tecnología premium. Usted es responsable de cualquier cantidad que exceda el límite de cobertura.
pruebas de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, ofrecemos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si estás embarazada, te ofrecemos: • Hasta 3 exámenes de detección prenatal durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare. *Se requiere autorización.*
atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que una agencia de atención médica domiciliaria se los proporcione. Debe estar confinado en su domicilio, lo que significa que salir de casa le supondrá un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por la prestación de atención sanitaria a domicilio, la suma total de sus servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio debe ser inferior a 8 horas diarias y 35 horas semanales). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Copago de $0.00 para visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • La capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitorización para la administración de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para infusión domiciliaria suministrados por un proveedor cualificado de terapia de infusión domiciliaria.	La autorización previa es Requerido.
Cuidados paliativos Usted tiene derecho a la cobertura de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del programa de cuidados paliativos le hayan emitido un diagnóstico terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que le quedan seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso natural. Puede recibir atención en cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare dentro de nuestra área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede pertenecer a la red de proveedores o ser un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Verda Noble Care.(HMO).

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidado domiciliario Cuando ingresas en un centro de cuidados paliativos, tienes derecho a permanecer en nuestro plan; si permaneces en nuestro plan, debes seguir pagando las primas del plan. **Para servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que estén relacionados con su pronóstico terminal:**Medicare Original (no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal:**Si necesita servicios no urgentes y no de emergencia cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor dentro de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de red y cumple con las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costos compartidos de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por Verda Noble Care(HMO)pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B:**Cuidado noble de Verda(HMO)Continuaremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o	

Servicio cubierto	Lo que pagas
no con su pronóstico terminal. Usted pagará la cantidad de copago de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:**Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en cuidados paliativos, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en cuidados paliativos, usted pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por los cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:**Si necesita cuidados no relacionados con cuidados paliativos (cuidados que no estén relacionados con su pronóstico terminal), póngase en contacto con nosotros para organizar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si usted tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
atención hospitalaria para pacientes internados	Para estancias cubiertas por Medicare: $0 Días 1-3

Servicio cubierto	Lo que pagas
Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de su ingreso formal al hospital por orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de salas de operación y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes hospitalizados	Copago de $150/día (Días 4-7) $0 Día 8-90 *Se requiere autorización y derivación.*
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos una revisión de su caso con un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual determinará si usted es candidato. Los proveedores de trasplantes pueden estar ubicados en su localidad o fuera de su área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área de atención habitual de su comunidad, puede optar por un centro local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Verda Noble Care	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
(HMO) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del área de atención habitual de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en dicho lugar, nosotros nos encargaremos de organizar o cubrir los gastos de alojamiento y transporte necesarios para usted y un acompañante. Se aplican las normas de autorización previa. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza a partir del cuarto litro que necesite. Debe pagar el costo de los primeros tres litros que reciba en un año natural o bien, usted u otra persona donará la sangre. El resto de los componentes sanguíneos están cubiertos a partir del primer litro. • Servicios médicos **Nota:**Para ser ingresado en el hospital, su médico debe emitir una orden de admisión formal. Aunque pase la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ingresado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare sobre los beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible enwww.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdfo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite máximo de 190 días para los servicios de internamiento en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. La cobertura es de 90 días por período de beneficios. Este período comienza el día de su ingreso en un hospital o centro de enfermería especializada y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería	Para estancias hospitalarias cubiertas por Medicare: • Días 1-5: copago de $150.00 por día. • Días 6-90: copago de $0.00 por día. *Se requieren autorizaciones y derivaciones.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.	
Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia hospitalaria no cubierta. Si ya agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de cuidados especializados (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas (como análisis de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios para técnicos. • apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o disfuncional, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Férulas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas y prótesis de piernas, brazos y ojos, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Usted pagará el copago correspondiente por estos servicios como si se hubieran prestado de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios correspondiente en esta tabla. **Se aplican las normas de autorización previa.**
terapia nutricional médica Este beneficio está dirigido a personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando sean derivadas por su médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia

Servicio cubierto	Lo que pagas
Durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare (incluidos nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage y Medicare Original), le ofrecemos 3 horas de asesoramiento individualizado, y 2 horas cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, podría obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento continúa durante el siguiente año calendario.	nutricional médica cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que dificultan el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	El beneficio MDPP no tiene coseguro, copago ni deducible.
medicamentos de Medicare Parte B **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que usted toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además del costo del medicamento, es posible que	Coaseguro del 0% al 20% para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B. Coaseguro del 0% al 20% para otros medicamentos cubiertos por la Parte B. Ciertos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada o requisitos de autorización previa. Cuando una insulina es un producto cubierto, existe un límite de $35 de copago (coaseguro) por suministro mensual. Producto de insulina. Un

Servicio cubierto	Lo que pagas
necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar el costo total. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que te administras mediante inyección si tienes hemofilia • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinada en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si se trata de un profármaco (una forma oral del medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que el medicamento inyectable). A medida que se comercialicen nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como	producto de insulina cubierto es aquel que figura en nuestra lista de medicamentos de la Parte D (formulario). Esto incluye cualquier producto de insulina nuevo que esté disponible durante el año del plan.

Servicio cubierto	Lo que pagas
reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) están cubiertos por Medicare Parte B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato cubiertos por el sistema de pago de la ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece enfermedad renal en etapa terminal (ERET) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. El capítulo 6 explica cuánto paga usted por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	
Cuidado nutricional El Cuidado Nutricional es un beneficio especializado que se centra en Ofrecemos productos panasiáticos que se alinean con las prácticas de la medicina natural alternativa. Nuestra gama de	Usted paga $0 por estos servicios. Tiene una cobertura de hasta $25 por mes, que se acumulará

Servicio cubierto	Lo que pagas
productos incluye nido de ave precocido envasado, suplementos nutricionales en gel de Multi Juice, fibra y vitaminas, y suplementos para fortalecer los huesos. También ofrecemos miel nutritiva, superalimentos vegetales y sustitutos de comidas en polvo. Estos productos tienen como objetivo aumentar el apetito, mejorar la salud y aportan calcio, magnesio y vitamina D3. Para obtener más información, comuníquese con el área de Atención al Cliente al 1-888-256-5123. Información sobre cómo pedir estos productos.	trimestralmente como máximo.
Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si su índice de masa corporal es de 30 o más, le ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de cabecera o profesional sanitario para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad. *Se requiere autorización.*
servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (TCO) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el TCO a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (PTO) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería sobre el uso de sustancias • terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de $25.00 por los servicios del programa de tratamiento de opioides. *Se requiere autorización*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Pruebas diagnósticas ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros para técnicos. • Material quirúrgico, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza a partir del cuarto litro que necesite. Debe pagar el costo de los primeros tres litros que reciba en un año calendario o bien, usted u otra persona donará la sangre. Los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir del primer litro utilizado. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro profesional de la salud las ordena para tratar un problema médico.	Copago de $0.00 para procedimientos, pruebas y análisis de laboratorio de diagnóstico ambulatorio Copago de $0.00 para servicios de rayos X. Copago de $0.00 para servicios radiológicos de diagnóstico. Copago de $0 para servicios de ultrasonido. Copago de 50 dólares para servicios de radiología complejos. Coaseguro del 20% para el costo de los servicios terapéuticos. *Se requiere autorización y derivación.*
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se prestan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para ingresar pacientes al hospital o solicitar pruebas ambulatorias.	Copago de $0.00 para los servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Nota:A menos que el médico haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría seguir siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare sobre los beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible enwww.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdfo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de urgencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • La atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Hay ciertos medicamentos y productos biológicos que no puedes administrarte tú mismo. **Nota:**A menos que el médico haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el	Copago de $50.00 a $90.00 para servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare. Los servicios de cirugía ambulatoria tienen un copago de $50 y otros servicios ambulatorios tienen un copago de $90.

Servicio cubierto	Lo que pagas
hospital, podría seguir siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Se aplicarán copagos a los medicamentos inyectables e intravenosos ambulatorios cubiertos por Medicare administrados en un entorno ambulatorio. Consulte la sección "Medicamentos recetados de Medicare Parte B" en esta tabla.	
atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de $40.00 por cada consulta individual de terapia con un profesional de la salud mental cubierta por Medicare. Copago de $20.00 por cada consulta grupal cubierta por Medicare. Sesión de terapia con un profesional de la salud mental. Copago de $40.00 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra de salud mental. Copago de $20.00 por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra de salud mental. *Se requiere autorización.*
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se prestan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de	Copago de $0.00 por cada servicio cubierto por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
terapeutas independientes e instalaciones integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).	
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias La cobertura de Medicare Parte B está disponible para los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta tras una hospitalización por tratamiento de abuso de sustancias o que requieren tratamiento pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de servicios que solo se encuentran en un entorno hospitalario de internamiento. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que se aplican generalmente a la cobertura de los servicios hospitalarios ambulatorios.	Copago de $40.00 por cada Cubierto por Medicare Visita individual de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias. Copago de $20.00 por cada grupo cubierto por Medicare Visita de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias. *Autorización y* *Se requiere referencia.*
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en las instalaciones ambulatorias de los hospitales y en los centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:**Si le van a realizar una cirugía en un hospital, debe consultar con su médico si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el médico indique su ingreso hospitalario, será paciente ambulatorio y deberá pagar los costos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría seguir siendo considerado paciente ambulatorio.	Usted paga $0 por estos servicios.
Beneficio de venta libre (minorista) Puede usar sus beneficios de venta libre (OTC) con la tarjeta prepago Mastercard® de Beneficios Suplementarios. Tiene un límite de $30 mensuales para gastar en artículos, medicamentos y productos OTC aprobados por el plan. Los saldos no utilizados no se acumulan para el mes siguiente. Puede realizar su pedido: • En línea: visite Verdahealthcare.NationsBenefits.com. • Por teléfono: llame al	Usted paga $0 por estos servicios. Estás cubierto hasta $30 al mes. Si no utilizas todo tu Beneficio de venta libre cantidad durante su período de beneficios, el El saldo restante

Servicio cubierto	Lo que pagas
1-877-224-7934 (TTY/TDD: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. • Por correo: complete y envíe por correo un formulario de pedido. • En tiendas: use su tarjeta prepago Mastercard® de Beneficios Suplementarios de NationsBenefits en las tiendas participantes. ubicaciones. Debes activar tu tarjeta antes de poder usar tus beneficios. Puede activar su tarjeta en Verdahealthcare.nationsbenefits.com/activate. Para obtener más información sobre este beneficio, llame al 1-888-256-5123 (TTY/TDD: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Consulte el sitio web de nuestro plan.Visite https://verdahealthcare.nationsbenefits.com/ para ver el catálogo de medicamentos sin receta.	no se acumula para el siguiente Periodo de beneficio de venta libre.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio ambulatorio hospitalario o en un centro de salud mental comunitario, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización en régimen de internamiento. El servicio intensivo ambulatorio es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud mental que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural; es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **Nota:**Dado que no existen centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio ambulatorio hospitalario.	Copago de $25.00 para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las consultas médicas.	Copago de $0.00 por cada

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios desde el punto de vista médico que usted recibe en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Su médico de cabecera le realizará exámenes básicos de audición y equilibrio si así lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico. o Tiene la opción de recibir estos servicios de forma presencial o por telemedicina. Si elige la telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca este servicio. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud, están dirigidos a pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare, o para casos de necesidad urgente.	médico de atención primaria visita para obtener información sobre la cobertura de Medicare beneficios. Copago de $0.00 por cada visita al médico especialista para los cubiertos por Medicare beneficios (excluye Quiropráctico y Psiquiatría). Copago de $0.00 para Virtual visitas de telesalud para el Servicios que se necesitan con urgencia. *Algunos servicios pueden requerir autorización previa y* *remisión.*
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	Copago de $0.00 por cada visita de podología médicamente necesaria cubierta por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que usted tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos la medicación para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen 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. Una prueba de detección única del virus de la hepatitis B.	No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y órtesis; así como bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, prótesis de extremidades y prótesis mamarias (incluido el sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis y órtesis, y la reparación o el reemplazo de las mismas. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de	Coaseguro del 20% para los costos de los artículos cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
cataratas; consulte la sección de Cuidado de la Visión más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $20.00 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*
Servicios de readmisión El programa de prevención de reingresos proporciona hasta 21 comidas durante 14 días tras una estancia de una noche en un hospital o residencia de ancianos, con un límite de dos veces al año. Un médico o profesional sanitario especializado evaluará a los pacientes para determinar sus necesidades clínicas.	Copago de $0.00 por comidas posteriores al alta durante 21 días, 42 comidas por año (21 comidas durante 14 días, dos veces al año).
Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Ofrecemos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del mismo. Si da positivo en la prueba de detección de abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si está competente y alerta durante el asesoramiento) impartidas por un médico o profesional de atención primaria cualificado en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) Para las personas que cumplan los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los miembros elegibles son Las personas de entre 50 y 77 años que no presenten signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, a quienes se les ordene una tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección del cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea realizada por un médico o un profesional no médico calificado. Para las exploraciones de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD posteriores a la exploración inicial: los afiliados deben obtener una orden para la exploración de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede emitirse durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional sanitario cualificado. Si un médico o un profesional sanitario cualificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la exploración de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD en exploraciones posteriores, dicha consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	cubierta por Medicare ni para la LDCT.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cabecera u otro profesional sanitario cualificado la solicita y usted cumple una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945 y 1965. Si naciste entre 1945 y 1965 y no se te considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección. Si eres de alto riesgo (por ejemplo, si has seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde tu última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas con mayor riesgo de contraer una ITS, siempre que sean solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales anuales de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas sesiones solo se cubren como servicio preventivo si las imparte un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de ITS y el asesoramiento preventivo sobre ITS cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Ofrecemos servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a nuestros miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal a lo largo de su vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales)	Copago de $0.00 por cada servicio de educación sobre la enfermedad renal. Coseguro del 20% para los servicios de diálisis. *Se requiere autorización previa para la diálisis renal.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Entrenamiento para la autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de personal de diálisis capacitado para revisar su diálisis domiciliaria, ayudar en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos de Medicare Parte B" en esta tabla.	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza a partir del cuarto litro que necesite. Debe pagar el costo de los primeros tres litros que reciba en un año natural o bien, usted u otra persona puede donarlos. Los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir del primer litro utilizado. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada. • Pruebas de laboratorio que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada.	$0/día durante los días 1-7 $20/día durante los días 8-20 $218/día durante los días 21-100 Se requiere autorización y derivación.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Rayos X y otros servicios de radiología que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada. • Uso de aparatos como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los centros de enfermería especializada. • Servicios de médicos/profesionales Por lo general, la atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) se brinda en instalaciones de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, siempre y cuando el centro acepte los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o comunidad de jubilación con atención continuada donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención especializada de enfermería). • Un centro de enfermería especializada donde reside su cónyuge o pareja de hecho en el momento de su salida del hospital.	
Cesación tabáquica y del consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante la asesoría. • Un médico cualificado u otro profesional sanitario reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono del tabaco al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Las personas con las siguientes afecciones crónicas pueden ser elegibles para beneficios suplementarios adicionales no cubiertos por Medicare: Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS); trastornos autoinmunitarios; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (ERC); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; postrasplante de órganos; inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; afecciones asociadas con deterioro cognitivo; afecciones con desafíos funcionales; afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento. **Beneficio de supermercado (Venta al por menor)** Dispones de una asignación de 30 dólares mensuales para gastar en productos de supermercado y alimentos saludables aprobados por el plan. Puede solicitarlo: • En línea: visite Verdahealthcare.NationsBenefits.com. • Por teléfono: llame al 1-877-224-7934 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. • Por correo: complete y envíe por correo un formulario de pedido. • En establecimientos comerciales: utilice su tarjeta de supermercado en los establecimientos participantes. Para obtener más información sobre este beneficio, llame al 1-888-256-5123 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. **Servicios públicos**	Usted paga $0 por estos servicios de comestibles. Si no utiliza la totalidad de su Beneficio Mensual de Alimentos durante su período de Beneficio, el saldo restante no se transferirá al siguiente período de Beneficio de Alimentos. Usted no paga $0 por los servicios públicos para estos servicios. Si no utiliza la totalidad de su prestación mensual de servicios públicos durante su período de prestación, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de prestación.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Puede usar sus beneficios de servicios públicos para pagar sus facturas de gas o servicios públicos. Tiene un subsidio de $15 mensuales para gastar en servicios públicos aprobados por el plan. Para obtener más información, llame a Nations Benefit al 1-877-224-7934 TTY: 711, de 8:00 am a 8:00 pm hora local.	
Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) La cobertura SET se aplica a los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y que cuentan con una derivación para el tratamiento de la EAP por parte del médico responsable de dicho tratamiento. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consta de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la enfermedad arterial periférica en pacientes con claudicación. • Se realizará en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico. • Debe ser administrado por personal auxiliar cualificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (EAP). • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista clínico que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. La terapia SET puede estar cubierta más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de $20.00 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. *Se requiere autorización y derivación.*
Transporte (Rutina)	Sin copago por viaje de ida. Estás cubierto para

Servicio cubierto	Lo que pagas
El transporte habitual se proporciona en taxi o furgoneta adaptada para sillas de ruedas para servicios no urgentes. Esto no incluye ambulancia. transporte. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” anteriormente en este documento. cuadro. Todo el transporte, incluido el transporte en silla de ruedas, debe cumplir con los requisitos Criterios del plan. **Los viajes deben cancelarse con 48 horas de antelación si ya no los necesita.** **Necesito el transporte.**	**24**Viajeros de ida por año (30- límite de millas por trayecto) al utilizar proveedores de transporte contratados por VerdaNoble Care (HMO).
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o, incluso estando dentro de dicha área, si, dadas su situación (tiempo, lugar y circunstancias), no es razonable obtenerlo de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios urgentes y solo le cobrará los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las consultas médicas de rutina necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente. Cuando viaje fuera de los Estados Unidos y necesite atención médica de urgencia, asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de miembro de Verda Noble Care (HMO). Si el proveedor no acepta su seguro, es posible que deba pagar los servicios de su propio bolsillo. Asegúrese de obtener una copia de la factura, junto con la documentación de su historial médico y el comprobante de pago, para poder enviar la información a Verda Noble Care (HMO) y solicitar el reembolso. Si el historial médico y la documentación de respaldo no están disponibles en inglés, es su responsabilidad	Copago de $0.00 por cada visita a un centro de atención de urgencias. Incluye cobertura. La atención de urgencias fuera de los EE. UU. está limitada a $50,000.00 por año calendario con cobertura combinada de emergencia. No hay copago de $0.00 para la cobertura de urgencias a nivel mundial.

Servicio cubierto	Lo que pagas
enviar una copia de los documentos traducidos con su solicitud. Verda Noble Care (HMO) requiere que envíe la factura, junto con la documentación de su historial médico y cualquier pago que ya haya realizado, dentro de los 60 días posteriores a la fecha del servicio o del alta para que podamos considerar los cargos para el reembolso. Por favor, envíe sus facturas a: Verda Health Plan of Texas, Atención: Experiencia del Miembro, 7755 Center Avenue, Suite 1200, Huntington Beach, CA 92647 No cubrimos el transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.	
cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracción) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, ofrecemos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de gafas o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la implantación de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá conservar el beneficio tras la primera cirugía y adquirir dos pares de gafas después de la segunda.	Sin copago para exámenes de la vista cubiertos por Medicare. Sin copago para: • 1 examen de la vista de rutina al año. • 1 par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. • 1 par de anteojos o 1 par de lentes de contacto. 1 par de lentes de contacto al año. 1 par de lentes al año. 1 armazón al año. Límite de cobertura del plan de $200.00 para anteojos, armazones, lentes o lentes de contacto al año. Usted es responsable de cualquier cantidad que exceda el límite de cobertura.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• El par de anteojos o lentes de contacto que se adquiere después de una cirugía de cataratas no se contabiliza dentro del límite de cobertura del plan para anteojos. • Los servicios de atención oftalmológica de rutina solo están cubiertos cuando usted recibe tratamiento del proveedor de servicios oftalmológicos contratado por Verda Noble Care (HMO), EyeMed.	
Bienvenido a la visita preventiva de Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva de bienvenida a Medicare, que se realiza una sola vez. Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y referencias para otros servicios de atención médica si fuera necesario. **Importante:**Cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.

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 están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo están cubiertos bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos seguirán sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación y, tras la misma, se determina que se trata de un servicio médico que, debido a su situación particular, deberíamos haber pagado o cubierto. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado Cubre todas las etapas de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía, así como la reconstrucción de la mama contralateral para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia Los cuidados asistenciales son aquellos que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección 5).
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares directos o miembros de su hogar.	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su domicilio.	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de ama de casaincluir ayuda doméstica básica, como	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente bajo condiciones específicas
tareas domésticas ligeras o preparación de comidas sencillas.	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies	Calzado que forma parte de una férula para la pierna y está incluido en el precio de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de cuidados especializados, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Exámenes oculares rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.	Un par de gafas con montura estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertas después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.
Cuidado rutinario de los pies	Se ofrece cobertura limitada según las directrices de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas originales de Medicare	No cubierto bajo ninguna condición

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 del capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para hospicios.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas:

- Debe obtener una receta de un proveedor (médico, dentista u otro profesional sanitario que pueda prescribir), la cual debe ser válida según la legislación estatal aplicable.
- Su médico prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una «indicación médicamente aceptada» es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Suelte su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con nuestro plan para proporcionarle los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentra una farmacia de la red en tu zona

Para encontrar una farmacia de nuestra red, consulte el directorio de farmacias o visite nuestro sitio web.https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/ o llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa ya no forma parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o consulte el Directorio de Farmacias.https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro LTC, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Tribal / Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el médico o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su Directorio de Farmacias. https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/ o llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Sección 2.2 Nuestro plan de servicio de pedidos por correo

Para ciertos medicamentos, puede utilizar el servicio de envío por correo de nuestra red. Generalmente, los medicamentos que se envían por correo son aquellos que usted toma regularmente para tratar una afección crónica o de larga duración.

Nuestro servicio de envío por correo requiere que solicite un suministro de medicamento para un mínimo de 30 días y un máximo de 90 días. Tenga en cuenta que los niveles 4 y 5 tienen un límite de suministro de 30 días por vez.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Experiencia del Miembro.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días.

Las nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Una vez que la farmacia reciba la receta de su médico, se pondrá en contacto con usted para saber si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.
Renovación de recetas por correo.

Para solicitar una renovación de su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe la actual para asegurarse de que su próximo pedido le llegue a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece dos maneras 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 medicamentos que se toman de forma regular para una afección médica crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte nuestro Directorio de Farmacias (https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/) para saber qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle este suministro. También puede llamar a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Para obtener más información, comuníquese primero con Atención al Cliente al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Solo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red en las siguientes circunstancias:

• Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas. • Si intenta surtir una receta de un medicamento cubierto que no se encuentra disponible habitualmente en una farmacia minorista o de venta por correo elegible de la red. • Si viaja dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si cumple con todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y en el formulario, y si no hay una farmacia de la red disponible. • Los surtidos fuera de la red se evaluarán caso por caso.

Si necesita usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su copago habitual) al momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan). Es posible 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 dentro 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.

Nuestro plan incluye una lista de medicamentos cubiertos (formulario). En este comprobante de cobertura, la denominamos Lista de Medicamentos.

Los medicamentos de esta lista han sido seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La lista de medicamentos solo incluye aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento que figura en la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se utilice para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que sea:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero no se consideran incluidos en el formulario para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de Medicamentos y enwww.Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos convencionales. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos tanto a medicamentos como a productos biológicos.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen ser más económicos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos de estos medicamentos son más económicos que los recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Medicamentos que no figuran en la lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- 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 un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis niveles de costos compartidos para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenece a uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 de costos compartidos: Genéricos preferidos. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2 de costos compartidos: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.

- Nivel 3 de costos compartidos: Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costos compartidos: Medicamentos no preferidos. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costos compartidos: Nivel de especialidades. Este nivel incluye medicamentos especializados.
- Nivel 6 de costos compartidos: Select Care.

Para saber en qué nivel de copago se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de copago se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento figura en nuestra Lista de Medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan https://verdahptx.com/medication/ La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular figura en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la herramienta de beneficios en tiempo real de nuestro plan (https://verdahptx.com/) para buscar medicamentos en la lista de medicamentos y obtener un estimado de lo que pagará, además de consultar si existen medicamentos alternativos que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).
- Envíe un correo electrónico a Member Experience@verdahealthcare.com y solicite una copia de la “Lista de medicamentos”.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para fomentar que usted y su proveedor utilicen los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien desde el punto de vista médico que uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la dosis o la presentación prescrita por su médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una al día frente a dos al día; comprimidos frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe alguna restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitar una excepción. Es posible que aceptemos o no eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que podamos cubrir el medicamento. Esto se llama autorización previa. Este proceso se implementó para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o en nuestro sitio web.https://verdahptx.com/pharmacy-part-d/.

Probar primero con otro medicamento.

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan podría requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina terapia escalonada. Puede obtener más información sobre los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o en nuestro sitio web.https://verdahptx.com/pharmacy-part-d/.

límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un medicamento en particular, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla diaria.

SECCIÓN 5 Qué puedes hacer si uno de tus medicamentos no está cubierto como te gustaría

Existen situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su médico consideran que debería tomar, y que no figura en nuestra Lista de Medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de copago que hace que su copago sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí tiene algunas opciones.para lo que puedes hacer:

- Es posible que puedas obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puedes cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del mismo.

Es posible que puedas obtener un suministro temporal.

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su médico sobre el cambio.

Para poder optar a un suministro temporal, el medicamento que toma ya no debe figurar en la lista de medicamentos de nuestro plan O bien, debe estar restringido de alguna manera.

- **Si eres un nuevo miembro,**Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted formó parte de nuestro plan el año pasado,**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 es para menos días, le permitiremos surtirla varias veces para completar un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que llevan más de 90 días en nuestro plan, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento específico, o menos si su receta es para un período menor. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Mientras estés usando un suministro temporal de un medicamento, debes hablar con tu médico para decidir qué hacer cuando se te acabe. Tienes dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su médico sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado 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 de la manera que ustedes deseen. Si su proveedor le indica que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, él o ella puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no figure en la lista de medicamentos cubiertos. O bien, puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vayan al Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de forma rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de copago que usted considera demasiado alto.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

Puedes cambiar a otro medicamento.

Si considera que el costo de su medicamento es demasiado alto, hable con su médico. Es posible que exista otro medicamento con un costo menor que le funcione igual de bien. Llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que le sea adecuado.

Puedes solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos para el medicamento, de modo que usted pague menos por él. Si su médico le indica que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, su médico puede ayudarle a solicitar dicha excepción.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de forma rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año.

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costos compartidos superior o inferior.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del mismo.**
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea periódicamente. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en algún medicamento que esté tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar que figure en la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista, cambiarlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y [Los planes que no usan niveles pueden omitir «en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y.»] con las mismas restricciones o menos.
    - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de Medicamentos.

- Podemos realizar estos cambios de inmediato y avisarle más tarde, incluso si usted toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma un medicamento similar en el momento del cambio, le informaremos sobre cualquier modificación específica que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar en la Lista de Medicamentos**
  - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista, cambiarlo a un nivel de copago diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de copago o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Solo realizaremos estos cambios si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de Medicamentos.
  - Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y le proporcionaremos un suministro para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar los medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por algún otro motivo. En tal caso, podríamos eliminarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted toma dicho medicamento, le informaremos una vez que realicemos el cambio.
- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
  - Es posible que, una vez comenzado el año, realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, cambios basados en las advertencias destacadas de la FDA o en nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y le proporcionaremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.
  - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para cumplir con cualquier nueva restricción del medicamento que está tomando.
  - Usted o su médico pueden solicitar una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si modificamos alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones más adecuadas para usted, como cambiar a otro medicamento para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitar una excepción para que

continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluidas las excepciones, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le afectará si está tomando el medicamento cuando se realice; sin embargo, es probable que estos cambios le 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 presente año del plan son:

- Trasladamos su medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Hemos impuesto una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted toma (excepto la retirada del mercado, la sustitución de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que usted paga como su parte del coste hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el presente año del plan. Deberá consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para verificar si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no cubre estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted mismo. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Aquí hay 3 reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- Nuestro plan de cobertura de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no cubre medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso de un medicamento fuera de las indicaciones aprobadas cuando dicho uso no está respaldado por referencias específicas, como el Formulario de Medicamentos del Servicio de Formularios Hospitalarios Estadounidenses (AHFSS) y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso fuera de las indicaciones aprobadas se refiere a cualquier uso del medicamento distinto al indicado en su etiqueta y 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 llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Los medicamentos ambulatorios para los que el fabricante exige, como condición de venta, que se adquieran únicamente del fabricante, requieren pruebas o servicios de seguimiento asociados.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan ofrece el medicamento sildenafilo, excluido de la Parte D, en tres concentraciones (25 mg, 50 mg y 100 mg) con el nivel de copago de nivel dos y un límite de seis (6) tabletas al mes o no más de 72 al año. El monto que usted paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para determinar su elegibilidad para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus recetas, esta ayuda no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos de

nuestro plan o llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711)). Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de su afiliación al plan (que encontrará en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que prefiera. La farmacia facturará automáticamente a nuestro plan la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Usted deberá pagar su parte del costo en la farmacia al recoger su receta.

Si no tiene a mano la información de afiliación a nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción a nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al recogerla. Luego, puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de cuidados especializados durante una estancia cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de cuidados especializados para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Una vez que abandone el hospital o el centro de cuidados especializados, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus

medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulta el directorio de farmacias.https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/ Para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (LTC) o la que utiliza forma parte de nuestra red, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame al 711. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma regular a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos a través de un empleador o un plan de grupo para jubilados

Si tiene cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de su grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios de dicho grupo. Ellos podrán ayudarle a comprender cómo se integrará su cobertura actual con nuestro plan.

En general, si usted cuenta con cobertura médica grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos será secundaria a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable. Porque podría necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura médica válida. Si no recibió un aviso de cobertura médica válida, solicite una copia a su empleador, al administrador de beneficios de su plan de jubilación o al sindicato.

Sección 9.4 Si usted se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El programa de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en el programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su programa de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que le recetó el medicamento o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o a su médico que nos notifique antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su solicitud de cuidados paliativos o sea dado de alta del programa, nuestro plan cubrirá sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su cobertura de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación que verifique la revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos.

Realizamos revisiones del consumo de drogas para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Revisamos su receta cada vez que la surte. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser perjudiciales si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si detectamos algún posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su médico para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura.

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen opioides recetados y otros medicamentos de uso indebido frecuente de forma segura. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (PMM). Si usa opioides recetados por varios médicos o en farmacias, o si ha sufrido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetadas podría no ser seguro, podríamos limitar la forma en que puede obtenerlos. Si lo incluimos en nuestro PMM, las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos en una o varias farmacias específicas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de un determinado médico o médicos.
- Limitaremos la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas únicamente de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier otra información que considere importante. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud con respecto a las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro programa de gestión de la diabetes (DMP, por sus siglas en inglés) si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos, de hospicio o al final de la vida, o si reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de la Terapia Farmacológica (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos.

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Gestión de la Terapia Farmacológica (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos cuyo costo supera un límite específico, o que participan en un programa de manejo de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) para el uso seguro de opioides, pueden acceder a los servicios de un programa de gestión de la terapia farmacológica (MTM, por sus siglas en inglés). Si cumple con los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, podrá hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la dosis, la frecuencia y el motivo de su uso. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable que hables con tu médico sobre tu lista de tareas recomendadas y tu lista de medicamentos. Lleva este resumen a tu cita o cada vez que hables con tus médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud. Mantén tu lista de medicamentos actualizada y llévala contigo (por ejemplo, junto con tu identificación) en caso de que tengas que ir al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo daremos de baja. Para preguntas sobre este programa, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Lo que pagas por los medicamentos de la Parte D

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

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D en este Comprobante de Cobertura no le aplique. Le enviamos un folleto aparte, llamado Anexo del Comprobante de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) y solicite el Anexo LIS.

En este capítulo, el término «medicamento» se refiere a los medicamentos recetados bajo la Parte D de Medicare. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare, mientras que otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir al obtenerlos. El capítulo 5 explica estas reglas. Al usar la herramienta de beneficios en tiempo real de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos, el costo que ve muestra un estimado de los gastos que deberá pagar de su bolsillo. También puede obtener información adicional a través de la herramienta de beneficios en tiempo real llamando a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos que usted podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que es posible que se le solicite pagar:

- **Deducible**es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **Copago**Es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **coaseguro**es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué gastos se incluyen y cuáles no en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus gastos de bolsillo**Incluya los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):**

- La cantidad que pagas por los medicamentos cuando te encuentras en las siguientes etapas del proceso de pago:
  - La etapa del deducible
  - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago realizado por familiares o amigos para costear sus medicamentos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Transición a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de $2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

Sus gastos directos no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

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

- Medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza para medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Medicare
- Pagos que usted realiza para medicamentos que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Medicare]
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la compensación laboral).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, cubre parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo en medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- El resumen de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,100, el EOB de la Parte D le indicará que ha pasado de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrate de que tenemos la información que necesitamos.**Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudarnos a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Verda Noble Care (HMO)

Su cobertura de medicamentos con Verda Noble Care (HMO) tiene tres etapas de pago. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o renovar la receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

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

Nuestro plan registra el costo de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuándo pasa de una etapa de pago a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

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

Si usted surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos un EOB de la Parte D. El EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes**Este informe detalla los pagos realizados por usted durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que cubrió nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.**Esto muestra el costo total de los medicamentos y el total de pagos realizados por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.**Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada receta de la misma cantidad.
- **Existen recetas alternativas de menor coste.**Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos.

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que recoja una receta médica.**Esto nos ayuda a asegurarnos de saber qué recetas usted surte y cuánto paga.
- **Asegúrate de que tenemos la información que necesitamos.**En ocasiones, es posible que usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos, por favor, proporciónenos copias de sus recibos. Ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando usted paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si recibe una factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíanos información sobre los pagos que otros realizan por ti.**Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se incluyen en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el VIH/SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas se incluyen en sus gastos de bolsillo. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.**Cuando reciba el EOB de la Parte D, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Guarde estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. 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 pagará un deducible anual de $300 por los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El costo total suele ser menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado precios más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

El costo total suele ser menor que el precio normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado precios más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos por dispensación para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado 300 dólares por sus medicamentos de nivel 3, nivel 4 y nivel 5, saldrá de la etapa de deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 El precio de un medicamento depende del medicamento y de dónde lo surtas.

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos cubiertos, y usted paga la suya (su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y la farmacia donde surta su receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos.

Cada medicamento incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenece a uno de los seis niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de copago, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1: Genéricos preferidos (copago más bajo para el miembro). Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2: Genéricos. Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Marca preferida. Marca preferida. Este nivel incluye insulina, otros medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.

- Nivel 4: Medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 – Medicamentos especializados (nivel de mayor costo). Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).
- Nivel 6: Atención Selectiva. Este nivel incluye medicamentos de atención selecta para ayudar a promover la salud y la adherencia al tratamiento.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

El precio que pagas por un medicamento depende de si lo obtienes de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a nuestra red. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos específicos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubrimos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Nuestra farmacia de pedidos por correo

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de Farmacias de nuestro plan.https://verdahptx.com/find-a-pharmacy/

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

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

El importe del copago o coaseguro depende del nivel de participación en los costos.

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

Sus costos para un suministro mensual de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (hasta un suministro para 30 días)	Reparto de gastos de pedidos por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costos compartidos de la atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genérico preferido	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*
Nivel 2 de costos compartidos Genérico	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*
Nivel 3 de costos compartidos Marca preferida	*Copago de $40.00*	*Copago de $40.00*	*Copago de $40.00*	*Copago de $40.00*

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (hasta un suministro para 30 días)	Reparto de gastos de pedidos por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costos compartidos de la atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Nivel 4 de costos compartidos Marca no preferida	*coaseguro del 30%*	*coaseguro del 30%*	*coaseguro del 30%*	*coaseguro del 30%*
Nivel 5 de costos compartidos Nivel especializado	*coaseguro del 29%.*	*coaseguro del 29%.*	*coaseguro del 29%.*	*coaseguro del 29%.*
Nivel 6 de costos compartidos Seleccionar atención	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*

No pagarás más de 35 dólares por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no has pagado tu deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el copago de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de la dosis mensual completa, es posible que no tenga que pagar el costo total del suministro mensual.

Por lo general, el precio de un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Sin embargo, puede haber ocasiones en que usted o su médico prefieran que tenga un suministro menor (por ejemplo, al probar un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense una cantidad menor, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe menos del suministro mensual completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro mensual completo.

- Si usted es responsable del coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si le corresponde un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que lo reciba, en lugar de por un mes completo. Calculamos el monto que paga por día (la tarifa diaria de copago) y lo multiplicamos por la cantidad de días que lo reciba.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento cubierto por la Parte D

Para algunos medicamentos, se puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo equivale a un suministro para hasta 90 días.

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

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

Nivel	**Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red)** (hasta un suministro para 90 días)	**Reparto de gastos de pedidos por correo** (hasta un suministro para 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido)	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico)	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida)	*Copago de $120.00*	*Copago de $80.00*
Nivel 4 de costos compartidos (Marca no preferida)	No disponible – Suministro limitado a 30 días por receta	No disponible – Suministro limitado a 30 días por receta
Nivel 5 de costos compartidos *(*Nivel especializado*)*	No disponible – Suministro limitado a 30 días por receta	No disponible – Suministro limitado a 30 días por receta
Nivel 6 de costos compartidos *(Select Care)*	*Copago de $0.00*	*Copago de $0.00*

No pagará más del 25% del costo de la insulina o la menor de las siguientes cantidades: $70 por un suministro de hasta 2 meses o $120 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanecerás en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que tus gastos de bolsillo anuales alcancen los $2,100.

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de bolsillo alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se contabilizarán dentro de sus gastos totales de bolsillo.

El resumen de beneficios (EOB) de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un control de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 al año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Entra en esta etapa cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez en la etapa de cobertura catastrófica, 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.
- Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio ampliado, usted paga el monto del copago del Nivel 2.

SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios

Medicamentos compuestos y su cobertura:

Los medicamentos compuestos se elaboran mezclando o modificando medicamentos recetados existentes por diversas razones. A veces, una persona no puede usar la versión estándar del producto debido a una alergia a alguno de sus ingredientes. En otros casos, la

presentación adecuada no está disponible fácilmente, por lo que los medicamentos comerciales deben transformarse en otra forma. Para quienes no pueden tragar tabletas o cápsulas, la preparación magistral permite personalizar un medicamento en polvo, líquido, pastilla, supositorio u otra presentación.

Los medicamentos compuestos no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), a diferencia de los medicamentos incluidos en nuestro formulario. Sin la supervisión de la FDA, la preparación de un medicamento compuesto conlleva un riesgo adicional, ya que no se somete a pruebas de pureza, estabilidad, seguridad, eficacia ni dosificación. Dado que la calidad de los medicamentos compuestos puede verse comprometida, la FDA recomienda, siempre que sea posible, utilizar un medicamento aprobado que haya sido sometido a pruebas rigurosas en lugar de un medicamento compuesto.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos compuestos. En algunos casos, ciertos productos compuestos están excluidos de la cobertura de Medicare. En otros casos, hemos decidido no cubrir un producto compuesto en particular. Para garantizar el uso adecuado de los medicamentos compuestos, pueden aplicarse ciertas normas y restricciones, como la autorización previa y los límites de cantidad.

Se recomienda a nuestros miembros usar medicamentos compuestos solo cuando sea médicamente necesario. Si tiene preguntas sobre los medicamentos compuestos y su cobertura, llame a Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o visite nuestro sitio web (https://verdahptx.com/).

SECCIÓN 8 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestro análisis de las vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte es el coste de la propia vacuna.

- La segunda parte corresponde al costo de la aplicación de la vacuna. (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

El costo de una vacuna de la Parte D depende de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y son gratuitas.
2. **Dónde te vacunas.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
3. **¿Quién te administra la vacuna?**
   - Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en la consulta del médico.

El precio que pagues al recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa del plan de pago de medicamentos en la que te encuentres.

- Al vacunarse, es posible que deba pagar el costo total, tanto de la vacuna como de la administración por parte del proveedor. Puede solicitar a su plan el reembolso de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos del programa Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, al vacunarse, solo paga su parte del costo según su cobertura de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos cubiertas por la Parte D, no paga nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de cómo podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se administra en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar de residencia. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- La mayoría de las vacunas para adultos del programa Parte D son gratuitas.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan cubrirá el resto de los gastos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se administra en el consultorio del médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico donde le administrarán la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó.

CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos.

A veces, al recibir atención médica o medicamentos recetados, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede que pague más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan, o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan un reembolso. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica recibida o por un monto superior a su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si no lo logra, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y determinaremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que están cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que necesites solicitar a nuestro plan que te reembolse un dinero o que pague una factura que hayas recibido:

1. **Cuando reciba atención médica de emergencia o que necesite con urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Fuera de nuestra área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si este forma parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o que se necesiten con urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados por ley a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el importe total al recibir la atención, solicítenos el reembolso de nuestra parte. Envíenos la factura junto con la documentación que acredite los pagos realizados.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted cree que no debe. Envíenos dicha factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si le debemos algo al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya has pagado más de lo que te corresponde del coste del servicio, determinaremos cuánto debes y te reembolsaremos nuestra parte del coste.

2. Cuando un proveedor de red te envía una factura que crees que no deberías pagar

Los proveedores de red siempre deberían facturar directamente a nuestro plan y cobrarnos solo nuestra parte del costo. Pero a veces cometen errores y nos piden que paguemos más de lo que nos corresponde.

- Solo pagas tu copago cuando recibes los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, conocidos como facturación de saldo. Esta protección (que garantiza que nunca pagues más de tu copago) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Si recibe una factura de su proveedor de internet que le parezca excesiva, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor para solucionar el problema.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de red, pero cree que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídale que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si te inscribiste retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitar el reembolso de nuestra parte de los costos. Para que podamos gestionar el reembolso, deberá presentar la documentación pertinente, como recibos y facturas.

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

Si acude a una farmacia fuera de nuestra red, es posible que no puedan presentar la reclamación directamente a nuestra aseguradora. En ese caso, deberá pagar el coste total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando pagas el costo total de una receta porque no tienes contigo tu tarjeta de membresía del plan

Si no tiene consigo su tarjeta de afiliación al plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Guarda tu recibo y envíanos una copia cuando solicites el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no te reembolsemos el costo total si el precio que pagaste en efectivo es superior al precio que negociamos para la receta.

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

Es posible que tengas que pagar el coste total de la receta porque descubres que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la lista de medicamentos de nuestro plan, o que tenga algún requisito o restricción que desconozca o que no considere aplicable en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarda tu recibo y envíanos una copia cuando solicites el reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de tu médico para reembolsarte nuestra parte del costo. Es posible que no te reembolsemos el costo total si el precio que pagaste en efectivo es mayor que el precio que negociamos para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento está cubierto. Esto se denomina decisión de cobertura. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le devolvamos el dinero o paguemos una factura que usted tiene

Puede solicitar el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que guarde una copia de su factura y recibos para sus registros. Debe presentar su reclamación dentro del plazo establecido.**12 meses**de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (https://verdahptx.com/) o llame al miembroExperienciaPara obtener información adicional, llame al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a la siguiente dirección:

Para servicios de atención médica:	**Para medicamentos recetados:**
Verda Noble Care (HMO) **Atención: Reclamaciones** Apartado de correos 105651 Jefferson City, MO 65110	**Verda Noble Care (HMO)** **Atención: Experiencia del miembro** 7755 Center Ave, Suite 1200 Huntington Beach, CA 92647

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Esta parte podría no ser la totalidad del monto que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó en efectivo es mayor que el precio que negociamos). 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 por el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o si usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no realizamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.

Si cree que nos equivocamos al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al apelar, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle la información de una manera que le resulte útil y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten con sensibilidad cultural y sean accesibles para todos los participantes, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, dificultades de lectura, discapacidad auditiva o procedencia cultural y étnica diversa. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan cumple con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción e interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de la manera que le resulte más conveniente, llame a Atención al Miembro al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Nuestro plan exige que las mujeres inscritas tengan la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si no hay proveedores de la especialidad que necesita dentro de la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio con los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar con un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Experiencia del Afiliado al 1-888-256-5123. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.

Tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan para que le proporcione y gestione los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos por la red de proveedores del plan en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
    - Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud. [Los planes pueden incluir el Aviso de Prácticas de Privacidad según lo exige la Regla de Privacidad de HIPAA (45 CFR§ 164.520).]

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté

brindando atención ni pagando por ella, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su autorización por escrito previamente. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
    - Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención médica.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto exige que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puedes ver la información en tus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a consultar su historial médico que obra en poder de nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho a solicitar que añadamos o corrijamos información a su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su médico para determinar si procede realizar los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos.

Como miembro de Verda Noble Care (HMO), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener información de alguno de los siguientes tipos, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestros proveedores de red y farmacias.**Usted tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.**Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**El capítulo 9 ofrece información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El capítulo 9 también ofrece información sobre cómo solicitar una modificación de una decisión, lo que se conoce como apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.

Tienes derecho a recibir información completa de tus médicos y demás profesionales sanitarios. Ellos deben explicarte tu afección y las opciones de tratamiento de forma que puedas comprenderlas.

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

- **Para que conozcas todas tus opciones.**Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye que le informen sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Para conocer los riesgos.**Tiene derecho a ser informado sobre cualquier riesgo que implique su atención médica. Debe ser informado con antelación si cualquier tratamiento o atención médica propuesta forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.**Tienes derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si tu médico te aconseja que no lo hagas. También tienes derecho a interrumpir el tratamiento. Si rechazas el tratamiento o interrumpes el tratamiento, asumes la plena responsabilidad de las consecuencias para tu salud.

Tienes derecho a dar instrucciones sobre qué hacer si no puedes tomar decisiones médicas por ti mismo.

A veces, debido a accidentes o enfermedades graves, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica. En esta situación, usted tiene derecho a decidir qué desea que suceda. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Rellene un formulario escrito para otorgar a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted si alguna vez usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Entregue instrucciones escritas a sus médicos**sobre cómo desea que se gestione su atención médica si usted llega a ser incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que permiten dar instrucciones con antelación sobre estas situaciones se denominan directivas anticipadas. Ejemplos de directivas anticipadas son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

Cómo configurar una directiva avanzada para dar instrucciones:

- **Obtén un formulario.**Puede obtener un documento de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o en algunas papelerías. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Experiencia del Afiliado para solicitar los formularios.
- **Rellene el formulario y fírmelo.**Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de consultar con un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.**Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el mismo, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado un documento de voluntades anticipadas, lleve una copia al hospital.

- El hospital le preguntará si usted firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si usted no firma un formulario de directivas anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Completar un documento de voluntades anticipadas es su elección.(incluyendo si desea firmarla si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no un documento de voluntades anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si usted firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica de Texas.

Sección 1.6 Tienes derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), estamos obligados a tratarle con justicia.

Sección 1.7 Si crees que estás siendo tratado injustamente o que tus derechos no están siendo respetados

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si crees que has sido tratado injustamente o que tus derechos no han sido respetados, y no se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para resolver el problema en estos lugares:

- **Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).**
- **Llama a tu oficina local de SHIP.**Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Llama 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

Obtén más información sobre tus derechos en estos lugares:

- **Para obtener más información, llame a nuestro departamento de Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).**

- **Llama a tu oficina local de SHIP.**Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Contacto**Seguro médico del estado
    - Visitawww.Medicare.govPara leer la publicación 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) (Usuarios de TTY, llamen al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Tus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación encontrará una lista de los pasos a seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.**Utilice este Comprobante de Cobertura para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
    - Los capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre los servicios médicos.
    - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted cuenta con alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos.**El capítulo 1 explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros profesionales de la salud que está inscrito en nuestro plan.**Muestre su tarjeta de afiliación al plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros profesionales sanitarios a ayudarle proporcionándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su tratamiento.**
    - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y demás profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tienes preguntas, asegúrate de hacerlas y obtener una respuesta que puedas entender.

- **Sé considerado.**Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de manera que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás oficinas.
- **Paga lo que debes.**Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
    - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar su parte del costo al momento de recibir el servicio o el medicamento.
    - Si debido a sus ingresos anuales está obligado a pagar el monto adicional correspondiente a la Parte D, deberá continuar pagando dicho monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo.**para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarle.
- **Si te mudas fuera de nuestra área de servicio, tú**No puede seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda, avise a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

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

- Para algunos problemas, es necesario utilizar el proceso establecido para las decisiones sobre cobertura y las apelaciones.
- Para otros problemas, debe utilizar el proceso de presentación de quejas (también llamado reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos cumplir tanto nosotros como ustedes.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y los pasos a seguir.

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo se explican algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que contienen términos legales. Muchos de estos términos resultan desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, este capítulo utiliza un lenguaje más sencillo en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer la terminología legal correcta. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre cómo abordar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 ¿Dónde obtener más información y ayuda personalizada?

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a presentarla. Para obtener más información, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY/TDD

deben llamar al 711). En algunos casos, también puede que necesite ayuda u orientación de alguien ajeno a nuestra organización. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con consejeros capacitados. Este programa no está afiliado a nosotros ni a ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe seguir para abordar el problema que esté experimentando. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

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

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY, llamen al 1-877-486-2048.
- Visitawww.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debo usar para su problema?

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la Sección 4, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones sobre cobertura y apelaciones

Las decisiones y apelaciones sobre cobertura se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como atención médica. Usted utiliza el proceso de decisión y apelación sobre cobertura para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar información sobre la cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos su atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de nuestra red lo deriva a un especialista fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para dicho especialista, o que la Evidencia de Cobertura indique claramente que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que usted considera necesaria.

En casos excepcionales, se desestimará una solicitud de decisión sobre la cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud son: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para ello o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que determinamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir si la atención médica no está cubierta o si ya no lo está. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre su cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitar que revisemos y modifiquemos la decisión que tomamos sobre su cobertura. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o prioritaria. Su apelación será revisada por un equipo diferente al que tomó la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre la cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez finalizada la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En casos excepcionales, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud son: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para ello, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando los motivos de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no vinculada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la Sección 5.4 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión sobre la cobertura o para presentar una apelación.

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Llama a Experiencia del Miembro al**Para obtener más información, llame al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).
- **Obtén ayuda gratuita**del Programa de Asistencia de Seguros de Salud de su Estado
- **Su médico puede solicitarlo por usted.**Si su médico le ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Experiencia del Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de Representante. (El formulario también está disponible enwww.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdfo en nuestro sitio web en https://verdahptx.com/appointment-of-representative/)
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional sanitario que le recete medicamentos puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional sanitario que le recete medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puedes pedirle a alguien que actúe en tu nombre.**Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de Representante. (El formulario también está disponible enwww.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://verdahptx.com/appointment-of-representative/) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted autoriza. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, esta será desestimada. En tal caso, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tienes derecho a contratar un abogado.**Puedes contactar a tu propio abogado u obtener el nombre de uno en el colegio de abogados local o en otros servicios de referencia. Existen organizaciones que ofrecen servicios legales gratuitos si cumples con los requisitos. Sin embargo, no es necesario contratar a un abogado para solicitar una resolución sobre la cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones distintas que implican decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, detallamos cada una de ellas:

- **Sección 5**Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto.
- **Sección 8**Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (Aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF)).

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su oficina de SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a las solicitudes de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para los medicamentos de la Parte B y las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección explica qué puedes hacer si te encuentras en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No estás recibiendo la atención médica que deseas y crees que está cubierta por nuestro plan.**Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.**Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**

3. Usted ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención.**Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Usted ha recibido y pagado atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse dicha atención.**Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le informa que la cobertura para ciertos servicios médicos que ha estado recibiendo y que previamente aprobamos se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducir o suspender estos servicios podría perjudicar su salud.**Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a suspender es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF),Consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a este tipo de cuidados.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Términos legales:

Una decisión sobre la cobertura que afecta a su atención médica se denomina determinación de la organización.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina determinación acelerada.

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

La decisión sobre la cobertura estándar se toma generalmente en un plazo de 7 días naturales cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días naturales para el resto de artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. La decisión sobre la cobertura rápida se toma generalmente en un plazo de 72 horas para los servicios médicos, o 24 horas para

los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida, comuníquese con nosotros.cobertura Para tomar una decisión, debes cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya haya recibido).
- Puedes conseguir un rápidocoberturaEsta decisión solo se tomará si el uso de los plazos estándar pudiera causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

Si su médico nos dice que su salud requiere un ayunocobertura Si tomas una decisión, aceptaremos automáticamente darte un servicio rápido.cobertura decisión.

Si pides un rápidocoberturaUsted tomará la decisión por su cuenta, sin el apoyo de su médico; nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos un tratamiento rápido.coberturadecisión. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar la autorización o cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a dichas normas, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,**Si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarle, podemos disponer de hasta 14 días naturales más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo notificaremos por escrito. No podemos disponer de más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no deberíamos tardar días adicionales, puede presentar una queja urgente. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para tomar decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Un rápidocoberturaUna decisión significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,**Si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarle, podemos disponer de hasta 14 días naturales más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo notificaremos por escrito. No podemos disponer de más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración escrita que explique los motivos de nuestra negativa.

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

- Si le denegamos su solicitud, tiene derecho a solicitar una reconsideración presentando una apelación. Esto implica volver a solicitar la cobertura médica que desea. Al presentar una apelación, pasará a la primera etapa del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo realizar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina reconsideración del plan.

Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada.

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

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 30 días naturales, o de 7 días naturales para los medicamentos de la Parte B. Una apelación urgente se suele presentar en un plazo de 72 horas.

- Si desea apelar una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deberán determinar si necesita una apelación urgente. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación urgente, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una apelación rápida.coberturadecisión en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite información sobre nuestro plan de apelación o apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.**También puede solicitar una apelación llamándonos. En el capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si desea tramitar su apelación con urgencia, hágalo por escrito o llámenos.**El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días naturales.**a partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos con nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos concederle más tiempo para apelar. Algunos ejemplos de buenas razones incluyen una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir información adicional para fundamentar su apelación.**Paso 3: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación urgente

- Para apelaciones urgentes, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarle, podemos disponer de hasta 14 días naturales más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo notificaremos por escrito. No podemos conceder más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si necesitamos más tiempo), estamos obligados a remitir automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Remitiremos automáticamente su apelación al organismo de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. El organismo de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 7 días naturales a partir de la fecha de recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarle, podemos disponer de hasta 14 días naturales más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos más tiempo, se lo notificaremos por escrito. No podemos disponer de más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja urgente. Al presentar una queja urgente, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el plazo extendido), remitiremos su solicitud a una instancia de apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la evaluará. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o dentro de 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza su apelación total o parcialmente,**Enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente. A veces se la denomina IRE.

La organización de revisión independiente es un organismo independiente contratado por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relativa a su apelación.

Si tu apelación fue rápida en el Nivel 1, también lo será en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle, el proceso puede demorarse hasta 14 días naturales adicionales. La organización de revisión independiente no puede demorarse más en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si usted tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá 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 la misma. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, 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 la misma.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle, el proceso puede demorarse hasta 14 días naturales adicionales. La organización de revisión independiente no puede demorarse más en 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 le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un artículo o servicio médico,**Debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión del organismo de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para las solicitudes urgentes, disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión del organismo de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un medicamento de la Parte B**Debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de 72 horas tras recibir la decisión del organismo de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para las

solicitudes urgentes, disponemos de 24 horas a partir de la fecha de recepción de la decisión del organismo de revisión independiente.

- **Si esta organización rechaza su apelación total o parcialmente,**Esto significa que coinciden con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina ratificar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explique la decisión.
    - Se le informará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
    - Te explicaremos cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Tras el Nivel 2, el proceso de apelación cuenta con 3 niveles adicionales (para un total de 5 niveles). Si desea apelar al Nivel 3, encontrará la información sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras su apelación de Nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es tramitada por un juez administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pides que paguemos nuestra parte de la factura de atención médica que recibiste.

El capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación en la que se solicita el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura por nuestra parte.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, nos pide que tomemos una decisión sobre la cobertura. Para ello, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura médica.

- **Si aceptamos su solicitud**Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero nunca más tarde de 60 días

calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:**Si la atención médica no está cubierta o si no cumpliste con todas las normas, no realizaremos el pago. En su lugar, te enviaremos una carta donde te indicaremos que no cubriremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, puede presentar una apelación. Al apelar, nos solicita que modifiquemos la decisión sobre la cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para interponer este recurso, siga el procedimiento de apelación establecido en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Si solicita el reembolso de la atención médica ya recibida y pagada, no puede solicitar una apelación urgente.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos realizar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que el medicamento esté cubierto, debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D. Para mayor claridad, en el resto de esta sección usaremos simplemente "medicamento", en lugar de repetir "medicamento recetado ambulatorio cubierto" o "medicamento de la Parte D". También usaremos 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 los requisitos, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre la cobertura.

decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

La decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura.

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitamos la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la lista de medicamentos de nuestro plan. Solicite una excepción. Sección 6.2
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar un monto de copago menor para un medicamento cubierto en un nivel de copago superior. Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. Solicitar una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4
- Pague el medicamento recetado que ya compró. Solicite el reembolso. Sección 6.4

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

Esta sección le indica tanto cómo solicitar decisiones sobre la cobertura como cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos es una excepción al formulario.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una excepción al formulario.

Solicitar un precio más bajo por un medicamento cubierto que no sea preferido constituye una excepción de clasificación por niveles.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía, puede solicitar una excepción. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional sanitario que le haya prescrito el medicamento deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, le presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional sanitario que le haya prescrito el medicamento pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.**Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el copago correspondiente a los medicamentos del apartado 5 (Medicamentos Especializados). No puede solicitar una excepción al copago que le exigimos pagar por dicho medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**El capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eximirle de una restricción, puede solicitar una reducción en el monto de copago que le corresponde pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.**Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos pertenece a uno de los seis niveles de copago. En general, cuanto menor sea el número del nivel de copago, menos pagará usted como su parte del costo del medicamento.
   - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que lo cubramos con un copago menor. Este sería el nivel más bajo que incluye alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que lo cubramos con el monto de copago que corresponde al nivel más bajo que incluye alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con el monto de copago que corresponde al nivel más bajo que incluye alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y existe más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional sanitario que le haya recetado medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para agilizar la decisión, incluya esta información médica de su médico u otro profesional sanitario que le haya recetado medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra lista de medicamentos suele incluir más de uno para tratar una misma afección. Estas alternativas se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general no aprobaríamos su solicitud de excepción. Si solicita una excepción por niveles, generalmente no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de menor costo compartido no sean igual de eficaces o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto se aplica siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluyendo una excepción

Términos legales:

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina determinación de cobertura acelerada.

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

decisiones de cobertura estándar Las decisiones sobre la cobertura se toman en un plazo de 72 horas tras recibir el informe de su médico. Las decisiones rápidas sobre la cobertura se toman en un plazo de 24 horas tras recibir el informe de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le hagamos un ayuno.coberturadecisión. Para obtener una decisión rápidacoberturaPara tomar una decisión, debes cumplir dos requisitos:

- Debes estar pidiendo una droga que aún no tienes. (No puedes pedir algo rápido)coberturadecisión de recibir un reembolso por un medicamento que ya ha comprado.
- Utilizar los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para desenvolverse.
- **Si su médico u otro profesional sanitario nos indica que su salud requiere una intervención rápidacoberturaSi tomamos una decisión, automáticamente le daremos una respuesta rápida.coberturadecisión.**
- **Si pides un rápidocoberturaUsted tomará la decisión por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional sanitario. Nosotros decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una atención médica rápida.coberturadecisión.**Si no aprobamos un rápidocoberturaSi tomamos una decisión, le enviaremos una carta que diga:
  - Explícale que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explícale si tu médico u otro profesional sanitario te pide el ayuno.coberturaSi tomamos una decisión, automáticamente le daremos una respuesta rápida.coberturadecisión.
  - Te explicaremos cómo puedes presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darte un estándar.coberturadecisión en lugar de la

rápidacoberturaLa decisión que solicitó está aquí. 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.

Para comenzar, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitar la autorización o cobertura de la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo las solicitudes presentadas mediante el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de CMS, disponible en nuestro sitio web.https://verdahptx.com/pharmacy-part-d/El capítulo 2 contiene información de contacto. Para enviar solicitudes de determinación de cobertura electrónicamente a través de un portal seguro para miembros en nuestro sitio web, visite este enlace:https://verdahptx.com/pharmacy-part-d/Para ayudarnos a procesar su solicitud, por favorAsegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, su médico (u otro profesional sanitario que le recete un medicamento) o su representante pueden hacerlo. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La sección 4 explica cómo puede otorgar autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración que la justifique.**Estas son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional sanitario que le haya recetado el medicamento puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. También puede comunicárnosla por teléfono y, si fuera necesario, enviarnos posteriormente una declaración por escrito por fax o correo postal.

Paso 3: Analizamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir el informe médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Debemos brindarle la cobertura acordada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalde.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión sobre la cobertura estándar de un medicamento que aún no has recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir el informe médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Debemos brindarle la cobertura acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalde.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura de pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**También estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si le denegamos la cobertura, tiene derecho a solicitar una reconsideración presentando una apelación. Esto implica volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Al apelar, pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo realizar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama reevaluación del plan.

Una apelación rápida se denomina redeterminación acelerada.

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

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 7 días naturales. Una apelación urgente se suele presentar en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación urgente.

- Si usted está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional sanitario que lo haya recetado deberán decidir si necesita una apelación urgente.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional sanitario que le haya recetado medicamentos debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación urgente.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.**o llámenos. En el capítulo 2 encontrará nuestra información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al**1-888-256-5123. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito.**incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Redeterminación Modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio webhttps://verdahptx.com/pharmacy-part-d/Por favor, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para que podamos procesar su solicitud.

- *Para presentar una apelación, solicítela electrónicamente a través del portal seguro para miembros en nuestro sitio web; por favor, acceda a este enlace:https://verdahptx.com/pharmacy-part-d/*
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días naturales.**a partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos con nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos concederle más tiempo para apelar. Algunos ejemplos de buenas razones incluyen una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puedes solicitar una copia de la información de tu apelación y añadir más información.**Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Al revisar su apelación, examinamos detenidamente toda la información relativa a su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional sanitario que le haya recetado medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación urgente

- Para apelaciones urgentes, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Debemos brindarle la cobertura acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no has recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 7 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.

- Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días naturales, estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación del Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**Debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compraste

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,**También estamos obligados a efectuarle el pago en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo realizar una apelación de nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente. A veces se la denomina IRE.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros ni es una agencia

gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviemos incluirá instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que debe respetar y cómo contactar con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días naturales.**a partir de la fecha que figura en la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de riesgo bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud al IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación al organismo de revisión independiente. Esta información se denomina expediente. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relativa a su apelación.

Plazos para la apelación urgente

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta tramitar su apelación de forma rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días naturales a partir de la fecha

de recepción, si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días naturales a partir de la fecha de recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud,**Debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente su solicitud de cobertura,**Debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue 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 aprueba total o parcialmente su solicitud de reembolso**En el caso de un medicamento que usted ya haya comprado, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días naturales siguientes a la recepción de la decisión del organismo de revisión independiente.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, total o parcialmente, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina ratificar la decisión o rechazar la apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Se le informará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Te indica 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 continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto.

Cuando ingresas en un hospital, tienes derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar tu enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día de su alta. Le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que recibes el alta hospitalaria se llama fecha de alta.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su estancia en el hospital, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito titulado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no lo recibe de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado. Si necesita ayuda, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.**Te dice:
   - Tiene derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión relativa a su estancia hospitalaria.
   - Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
   - Tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de su alta si considera que se le está dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una vía formal y legal para solicitar un aplazamiento de su fecha de alta, de modo que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.
   - Firmar el aviso solo demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de su liberación. Firmar el aviso no significa que usted esté de acuerdo con una fecha de liberación.

3. **Conserva tu copia**del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.
   - Si firma la notificación más de 2 días naturales antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para su alta.
   - Para consultar una copia de este aviso con anticipación, llame a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea enwww.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 de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios de internamiento por un período más prolongado, utilice el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre los pasos a seguir y los plazos establecidos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**

- **Pide ayuda si la necesitas.**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

  Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

  La Organización de Mejora de la CalidadEs un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad antes de abandonar el hospital y a más tardar a la medianoche del día de su alta.
  - **Si cumples con este plazo**Puedes permanecer en el hospital después de tu fecha de alta sin tener que pagar por ello mientras esperas la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, póngase en contacto con nosotros.**Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar los costos de la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. A más tardar al mediodía del día siguiente a que nos contacten, le entregaremos un Aviso de Alta Detallado. Este aviso le informa sobre su alta hospitalaria.Su fecha de alta prevista y una

explicación detallada de las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Puede obtener un ejemplo del Aviso Detallado de Baja llamando a Atención al Afiliado al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener un ejemplo del aviso en línea enwww.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una notificación por escrito con la fecha prevista de su alta. Esta notificación también explica detalladamente los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice que sí, debemos seguir proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por su seguro mientras estos servicios sean médicamente necesarios.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que existan limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que no, significa que la fecha de alta prevista es médicamente apropiada. En ese caso, nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de internamiento finalizará al mediodía del día siguiente a la respuesta de la Organización de Mejora de la Calidad a su apelación.

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la respuesta de la Organización de Mejora de la Calidad a su apelación.

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

- Si la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar una nueva 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 de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicitó a la Organización de Mejora de la Calidad que revisara su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: Vuelva a contactar con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece hospitalizado después de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente toda la información relativa a 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 dice que sí:

- **Debemos reembolsarle**Por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para

la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación, debemos continuar brindando cobertura para su hospitalización mientras sea médicamente necesaria.

- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama ratificar la decisión.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea llevar su apelación más allá pasando al Nivel 3.

- Tras el Nivel 2, existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación (para un total de 5 niveles). Si desea apelar al Nivel 3, encontrará las instrucciones en la notificación escrita que recibirá tras la resolución de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.

Cuando usted recibe cobertura para servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria), tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, estamos obligados a avisarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 8.1 Te avisaremos con antelación cuándo finaliza tu cobertura.

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Aquí encontrará información sobre cómo solicitar una apelación urgente. Solicitar una apelación urgente es un procedimiento formal y legal para pedir que se modifique nuestra decisión sobre la cobertura y el momento de la interrupción de su atención médica.

1. **Recibirás una notificación por escrito.**Al menos 2 días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. El aviso le informa:

   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica.
   - Cómo solicitar una apelación por la vía rápida para que continuemos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más prolongado.

2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió.**Firmar el aviso solo demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. Firmarlo no significa que esté de acuerdo con la decisión de nuestro plan de suspender la atención médica.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si desea solicitar que continuemos cubriendo su atención médica por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre los pasos a seguir y los plazos establecidos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos de entrega.**
- **Pide ayuda si la necesitas. Si**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.
- **Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación.**Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y contribuir a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto

incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) le indica cómo contactar a esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del Aviso de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que aparece en el Aviso de No Cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que detalla los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales sanitarios de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporciona nuestro plan.

- Al final del día, una vez que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte una Explicación Detallada de la No Cobertura que explica en detalle las razones por las que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aprueban su apelación, entonces debemos continuar brindándole los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario.
- Deberás seguir pagando tu parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que existan limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF) después de esta fecha en que finaliza su cobertura, deberá pagar usted mismo el costo total de esta atención.

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

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención médica después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF) después de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a contactar con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continúa recibiendo atención médica después de la fecha de finalización de su cobertura.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán detenidamente toda la información relativa a su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días naturales siguientes 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 dice que sí?

- **Debemos reembolsarle**por nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. Debemos continuar brindando cobertura para dicha atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo acceder a la siguiente instancia de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea llevar su apelación más allá.

- Tras el Nivel 2, existen 3 niveles adicionales de apelación, para un total de 5 niveles. Si desea apelar al Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevando tu apelación a los niveles 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 presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá apelar en niveles adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles funcionan de manera muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, el caso pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con la documentación pertinente. Es posible que esperemos la resolución de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**.
    - Si decides aceptar la decisión que rechaza tu apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará cómo proceder para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
    - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede haber finalizado o no.**.
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
    - Si no acepta la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Ayuntamiento rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si la normativa le permite presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con dicha apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprueba o deniega su solicitud. Esta es la decisión final. No hay instancias de apelación posteriores a la del Tribunal de 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 presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza un monto determinado, podría presentar una apelación a niveles superiores. Si el monto es menor, no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le indicará a quién contactar y qué pasos seguir para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles funcionan de manera muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal El gobierno revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha finalizado.**Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**.
    - Si decides aceptar la decisión que rechaza tu apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará cómo proceder para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha finalizado.**Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede haber terminado o no.**.
    - Si decides aceptar la decisión que rechaza tu apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Ayuntamiento rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién debe contactar y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprueba o deniega su solicitud. Esta es la decisión final. No hay instancias de apelación posteriores a la del Tribunal de Distrito Federal.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se gestionan mediante el proceso de reclamaciones?

El proceso de quejas solo se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se gestionan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención recibida (incluida la atención hospitalaria)?
Respetamos su privacidad	• ¿Alguien no respetó tu derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No estás satisfecho con nuestra experiencia como miembro? • ¿Sientes que te están animando a abandonar nuestro plan?
tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales sanitarios? ¿O nuestro equipo de Experiencia del Miembro u otro personal de nuestro plan? ○ Algunos ejemplos son esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o al obtener una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Oportunidad (Este tipo de quejas se refieren a la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, algunos ejemplos: • Nos pediste una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, y te dijimos que no; puedes presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones sobre cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos, servicios o medicamentos médicos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para remitir 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 reclamación.

Presentar una queja Se llama presentar una queja.

Utilizar el proceso de quejas Se denomina utilizar el proceso para presentar una queja.

Una queja presentada con rapidez se denomina reclamación urgente.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Para obtener más información, el primer paso suele ser llamar a Atención al Cliente al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).**Si hay algo más que deba hacer, el equipo de Experiencia del Miembro se lo hará saber.

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.**Si usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Si tiene alguna queja, usted o su representante pueden presentar una reclamación. Un representante puede ser un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona que actúe en su nombre. El Departamento de Experiencia del Afiliado puede indicarle cómo designar a un representante. Llame a Verda Health Plan of Texas al 1-888-256-5123 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a 20:00 horas del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana (excepto festivos), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes. También puede visitar nuestro sitio web www.verdahptx.com.

- El plazo para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que se produce el problema sobre el que se desea presentar la queja.

Paso 2: Investigamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.**Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden en un plazo de 30 días naturales.**Si necesitamos más información y la demora le beneficia, o si solicita más tiempo, podemos disponer de hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) para responder a su reclamación. Si decidimos necesitar más tiempo, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque le hemos denegado su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos una reclamación rápida.**Si su reclamación es urgente, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo**Si aceptamos su queja en su totalidad o en parte, o si no asumimos la responsabilidad del problema que denuncia, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad.

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejora de la Calidad.**La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica remunerados por el gobierno federal

para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización de Mejora de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**.

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja.

Puede presentar una queja sobre Verda Noble Care (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya awww.Medicare.gov/my/medicare-complaintTambién puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Verda Noble Care (HMO) puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (no por su propia elección):

- Puedes abandonar nuestro plan si así lo decides. Las secciones 2 y 3 te informan sobre cómo darte de baja voluntariamente.
- También existen situaciones excepcionales en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 detalla las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, este deberá continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puedes cancelar tu membresía durante el Período de Inscripción Abierta.

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de Inscripción Abierta anual. Durante este período, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta**es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.**Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado, o
    - Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura de medicamentos recetados válida durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Sección 2.2 Puedes cancelar tu membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.

Puedes realizar un cambio en tu cobertura de salud durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage**es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**puede:
  - Cambie a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancela tu suscripción a nuestro plan y obtén cobertura a través de Medicare Original. Si te cambias a Medicare Original durante este período, también puedes inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Tu membresía finalizará**El primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente, o cuando recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en dicho plan comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede dar por finalizada su membresía durante un período de inscripción especial.

En determinadas situaciones, los miembros de Verda Noble Care (HMO) pueden tener la opción de cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como Período Especial de Inscripción.

Es posible que pueda cancelar su membresía durante un período especial de inscripción.si se da alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para

obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitarwww.Medicare.gov.

- Normalmente, cuando te mudas
- Si usted tiene Medicaid
- Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC),
- Si te inscribes enel Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)]

Nota: Si participas en un programa de control de medicamentos, es posible que no puedas cambiar de plan. El capítulo 5, sección 10, te brinda más información sobre los programas de control de medicamentos.

Los periodos de inscripción varíandependiendo de tu situación.

Para saber si reúne los requisitos para un período de inscripción especial Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado, o
- Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura de medicamentos recetados válida durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía generalmente finalizará**El primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:**Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtén más información sobre cuándo puedes cancelar tu membresía.

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual Medicare & You 2026.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY, llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La tabla a continuación explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que hay que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de Verda Noble Care (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de Verda Noble Care (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja.** Para obtener más información, llame a Atención al Cliente al 1-888-256-5123. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 si necesitan más información sobre cómo hacerlo). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Verda Noble Care (HMO) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestra red de proveedores para obtener atención médica.**
- **Sigue utilizando nuestra red de farmacias para surtir tus recetas.**.
- **Si te hospitalizan el día que finaliza tu membresía, tu estancia en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que te den el alta.**(incluso si te dan de alta después de que comience tu nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Verda NobleCare(HMO) debe finalizar nuestra membresía en el plan en ciertas situaciones.

Verda Noble Care (HMO) deberá dar por terminada su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si te mudas fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Experiencia del Miembro para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de cobertura de nuestro plan.
- Si te encarcelan (vas a prisión).
- Si ya no eres ciudadano estadounidense o no te encuentras legalmente en los Estados Unidos.
- Si usted miente u oculta información sobre otros seguros que tenga que cubran medicamentos recetados.
- Si usted nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para el mismo, (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si su comportamiento es reiteradamente disruptivo y dificulta que le brindemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan, no podremos obligarlo a

abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.

- Si permite que otra persona use su tarjeta de afiliación para recibir atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si usted está obligado a pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotrosno poderLe pedimos que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.

Verda Noble Care (HMO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debes hacer si esto sucede?

Si cree que le están 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tienes derecho a presentar una queja si finalizamos tu membresía en nuestro plan.

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos de dicha cancelación. Asimismo, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que rige este documento de Comprobante de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en virtud de dicha ley. Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si dichas leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos Basándonos en la raza, el origen étnico, la nacionalidad, el color, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad física o mental, el estado de salud, el historial de reclamaciones, el historial médico, la información genética, la prueba de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio, todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [sitio web].www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Experiencia del Miembro al 1-888-256-5123 para obtener más información. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Experiencia del Miembro puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare, incluso cuando Medicare no sea el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, Verda Noble Care (HMO), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario 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 prevalecen sobre cualquier ley estatal.

[Nota: Puede incluir otros avisos legales, como un aviso de no responsabilidad del miembro o un aviso sobre la responsabilidad de terceros. Estos avisos solo se pueden agregar si cumplen con las leyes y regulaciones de Medicare. Los planes también pueden incluir avisos legales relacionados con Medicaid.]

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro Quirúrgico Ambulatorio Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

ApelarPuede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de salud, medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto superior al límite de costos compartidos permitido por nuestro plan, usted, como miembro de Verda Noble Care (HMO), solo deberá pagar los costos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por el mismo. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo restante ni le cobren más del monto de costos compartidos que nuestro plan establece que usted debe pagar.

Periodo de Beneficio Así es como Medicare Original mide el uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día de su ingreso a un hospital o centro de enfermería especializada. Este período finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico Un medicamento de venta con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase «Producto biológico original» y «Biosimilar»).

BiosimilarUn biosimilar es un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (véase «Biosimilares intercambiables»).

Medicamento de marca Un medicamento de marca es aquel que se fabrica y vende bajo la supervisión de la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula del ingrediente activo que sus versiones

genéricas. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros laboratorios farmacéuticos y, por lo general, no están disponibles hasta que expire la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica– La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras personas calificadas en su nombre) hayan gastado $2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Es posible que deba compartir los costos de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

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

Plan de Necesidades Especiales para Cuidados Crónicos (C-SNP)– Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades crónicas y graves específicas.

coaseguro– Una cantidad que es posible que deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

QuejaEl nombre formal para presentar una queja es interponer una reclamación. El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente recibido. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria(CORF) – Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago(o copago) – Cantidad que usted podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Reparto de costes El copago se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El copago incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier deducible que el plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; 2) cualquier copago fijo que el plan requiera al recibir un

servicio o medicamento específico; o 3) cualquier coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiera al recibir dicho servicio o medicamento.

Nivel de costos compartidos Cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los 6 niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el nivel de copago, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura Una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y le informan que no está cubierta por nuestro plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe comunicarse con nuestro plan por teléfono o por escrito para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos– El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos– El término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable– Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden conservarla sin penalización si deciden inscribirse posteriormente en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia La atención asistencial es el cuidado personal que se brinda en residencias de ancianos, hospicios u otros centros cuando no se requiere atención médica ni de enfermería especializada. Esta atención, proporcionada por personas sin formación ni capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse, moverse y usar el baño. También puede incluir cuidados básicos de salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como la aplicación de gotas oftálmicas. Medicare no cubre la atención asistencial.

tasa diaria de costos compartidos Se puede aplicar un copago diario cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Este copago diario se calcula dividiendo el copago entre el número de días que dura un suministro mensual. Por ejemplo: si su copago para un suministro mensual de un medicamento es de $30, y un suministro mensual en nuestro plan equivale a 30 días, entonces su copago diario es de $1 por día.

Deducible– La cantidad que usted debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan cubra los gastos.

Bajao Baja – El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación –Se cobra una tarifa cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para sufragar el costo de surtir una receta, como el tiempo que el farmacéutico dedica a preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) –Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Individuo con doble elegibilidad– Una persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipos médicos duraderos (EMD)– Ciertos equipos médicos recetados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un profesional sanitario para su uso en el hogar.

EmergenciaUna emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de su función, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia– Servicios cubiertos que: 1) sean proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) sean necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información sobre Divulgación– Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

ExcepciónUn tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) o un medicamento no preferido con un costo compartido menor (excepción por niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de

obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que le eximamos de la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Ayuda adicional– Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico Un medicamento genérico es aquel que, según la FDA, contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele ser más económico.

Queja- Cualquier tipo de queja que usted presente sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas sobre cobertura o pago.

Auxiliar de atención domiciliaria– Una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta titulado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

HospicioUn beneficio que ofrece atención especializada a los miembros con diagnóstico médico de enfermedad terminal, es decir, con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan le proporcionará una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria para pacientes ingresados –Una estancia hospitalaria se produce cuando se ingresa formalmente en el hospital para recibir atención médica especializada. Incluso si se permanece en el hospital durante la noche, se puede seguir siendo considerado paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, supera cierto monto, pagará la prima estándar más un Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial– Esta es la etapa previa a que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el límite establecido.

Periodo de inscripción inicial –Cuando usted reúne los requisitos para Medicare por primera vez, este es el período de tiempo durante el cual puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare al cumplir 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP) Los planes I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros de larga estancia. Los planes I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a los institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente a Institucional (IE-SNP)– Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable Un biosimilar puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relativos a la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos)– Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS)– Consulta la sección de Ayuda adicional.

Programa de descuentos del fabricante– Un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo –El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de desembolso de bolsillo– El monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos por la red de las Partes A y B. Los montos que usted paga por las primas de nuestro plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados no se incluyen en el límite máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica) Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas

estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los gastos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada– El uso de un medicamento que esté aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario– Servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y que cumplan con los estándares aceptados de la práctica médica.

Seguro médico del estado– El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage El período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los afiliados a un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage o acceder a la cobertura de Medicare Original. Si opta por cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante tres meses a partir de la fecha en que una persona cumple los requisitos para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA)A veces llamado Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de 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 Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

Servicios cubiertos por Medicare– Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término "Servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como los de visión, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los

Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas Piloto/de Demostración y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D)– Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Programa de Gestión de la Terapia Farmacológica (MTM) –El programa Medicare Parte D, dirigido a personas con necesidades de salud complejas, está disponible para quienes cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Gestión de Medicamentos (MTM). Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional sanitario para revisar la medicación.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare) Los seguros complementarios de Medicare son vendidos por compañías de seguros privadas para cubrir las deficiencias de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan)– Una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Experiencia del miembro– Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red Una farmacia que tiene convenio con nuestro plan, donde los miembros pueden obtener sus medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de red El término «proveedor» se refiere a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y demás centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de salud. Los proveedores de la red tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. También se les conoce como proveedores del plan.

Periodo de inscripción abierta –El período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización– Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original– Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le denomina producto de referencia.

Medicare original Medicare Original (o Medicare de Pago por Servicio) – Medicare Original es un programa del gobierno, a diferencia de los planes de salud privados como Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red –Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados, ni pertenecen a, ni son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo– Consulte la definición de copago más arriba. La obligación de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como gasto de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo– La cantidad máxima que usted paga de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C –Ir aPlan Medicare Advantage (MA).

Parte D– El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Penalización por inscripción tardía de la Parte D– Se añadirá un importe a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no dispone de cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que han acordado brindar atención médica a los afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. Generalmente, los costos compartidos por el afiliado serán mayores cuando los beneficios se obtengan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite mayor para el total combinado de gastos de bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro como fuera de la red (no preferidos).

De primera calidad–El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Servicios preventivos –La atención sanitaria tiene como objetivo prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de ser efectivo (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (PCP) El médico u otro profesional sanitario que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de consultar a cualquier otro profesional sanitario.

Autorización previa– Se requiere autorización previa para acceder a servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis– Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)– Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad– Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período de tiempo definido.

"Herramienta de beneficios en tiempo real"Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para cada afiliado sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye los montos de copago, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

RemisiónUna orden escrita de su médico de cabecera para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no cubra los servicios del especialista.

Servicios de rehabilitación Estos servicios incluyen rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), 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.

Vía de Servício– El área geográfica donde debe residir para poder afiliarse a un plan de salud específico. En el caso de planes que limitan la variedad de médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también se refiere al área donde puede recibir servicios de atención médica de rutina (no de emergencia). Nuestro plan deberá darlo de baja si se muda permanentemente fuera de nuestra área de cobertura.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF) –Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de cuidados especializados. Algunos ejemplos de estos cuidados incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero o médico titulado.

Período especial de inscripción –Existe un período determinado durante el cual los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Algunas situaciones en las que podría ser elegible para un Período Especial de Inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para el

pago de sus medicamentos recetados, si ingresa a un asilo de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales –Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada– Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)– Una prestación mensual que paga la Seguridad Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Las prestaciones del SSI no son lo mismo que las prestaciones de la Seguridad Social.

Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del plan o si, dadas su situación (tiempo, lugar y circunstancias), no es razonable obtenerlo de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las consultas médicas de rutina necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura del plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Experiencia de los miembros de Verda Noble Care (HMO)

Método	Experiencia del miembro – Información de contacto
Llamar	1-888-256-5123 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a 20:00, los 7 días de la semana. (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (excepto festivos). del 1 de abril al 30 de septiembre El miembro también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a 20:00, los 7 días de la semana. (excepto Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (excepto festivos). Del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	*714-845-9842*
Escribir	*Plan de Salud Verda de Texas* *Atención: Departamento de Experiencia del Miembro* *7755 Center Ave., Suite 1200* *Huntington Beach, CA 92647*
Sitio web	*www.verdahptx.com*

Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) (Texas)

Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
Llamar	*1-800-252-9240*
TTY	*711*
Escribir	*Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas* *1100 West 49th St. Austin,* *Texas 78756-3199* *o* *Apartado de correos 149347* *Austin, Texas 78714-9347*
Sitio web	*https://hhs.texas.gov/services/health/medicare*

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.