

2026



2026

Evidencia de cobertura

Firma del plan de salud Elite (HMO) H6368-001



1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de Elite Health Plan Signature HMO.

Este documento brinda los detalles de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdalo en un lugar seguro.**

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

- Nuestro plan premium y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil. **Esta llamada es gratuita.**

Elite Health Plan ofrece Elite Signature HMO. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Elite Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Elite Signature HMO.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También podemos brindarle información de forma gratuita en letra grande, braille, grabación de audio u otros formatos alternativos si lo necesita. También se dispone gratuitamente de ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-958-1129 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

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

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en

cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

CAPÍTULO 1: Comience como miembro.....	7
SECCIÓN 1 Eres miembro de Plan de salud de élite	7
Sección 1.1 Está inscrito en Elite Health Plan, que es una HMO de Medicare	7
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para HMO exclusivo de élite	10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima de tu plan mensual	18
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan	19
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	20
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos.....	22
SECCIÓN 1 Contactos de Elite Health Plan	22
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).....	28
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (QIO)	29
SECCIÓN 5 Seguridad social	31
SECCIÓN 6 Medicaid.....	31
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	32
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).....	36
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	37
CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos	38
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	38
SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	45
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	49
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	50
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica	52
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	53

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)	55
SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos.....	55
SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	56
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....	104
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	117
SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....	117
SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	117
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan.....	120
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura	122
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría.....	124
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	126
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos	129
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	130
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	131
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos	132
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....	135
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....	135
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Elite Health Plan Signature (HMO).....	137
SECCIÓN 3 Usted <i>Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	137
SECCIÓN 4 La etapa del deducible	139
SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial	139
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica	143
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	144
CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	147
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	147
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió	149

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	150
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	152
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales	152
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	167
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	169
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	169
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	169
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema	170
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	170
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	174
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	182
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto	193
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	198
SECCIÓN 9 Llevar tu apelación a los niveles 3, 4 y 5	202
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	205
CAPÍTULO 10: Poner fin a la membresía en nuestro plan	208
SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan	208
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	208
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	210
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	211
SECCIÓN 5 Elite Health Plan debe cancelar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones	211
CAPÍTULO 11: Avisos legales	213
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	213
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación	213

Tabla de contenidos

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	213
SECCIÓN 4 Arbitraje vinculante	214
CAPÍTULO 12: Definiciones	217

CAPÍTULO 1: Comience como miembro

SECCIÓN 1 Eres miembro de Plan de salud de élite

Sección 1.1 Está inscrito en Elite Health Plan, que es una HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Elite Health Plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes de Medicare Original.

Elite Health Plan es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre el *Evidencia de cobertura*

Esta Evidencia de cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Elite Health Plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato está vigente para los meses en que esté inscrito en Elite Health Plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elite Health Plan 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) deben aprobar Elite Health Plan cada año. Puede continuar obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Eres elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumplas con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.

- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Elite Health Plan

Elite Signature HMO solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio.

El área de servicio de Elite Health Plan para Elite Health Plan Signature (HMO) incluye todos los códigos postales en los siguientes condados completos de:

- Los Ángeles, California
- Riverside, California
- San Bernardino, California

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un Período Especial de Inscripción para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. 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

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Elite Health Plan si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan sobre esta base. Elite Health Plan debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Tarjeta de membresía del plan de muestra:

Evidencia de cobertura de 2026 para Elite Signature HMO

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

 Elite Health Plan Elite Signature (HMO) Member Name: Valued Member Member ID: 000000001 Health Plan Issuer: (80840) Effective Date: 01/01/2026 Med Grp: IPA PCP Name: Dr. Care PCP Phone: 800-958-1129 RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: EHP01 RxID: 000000001 CMS-H6368-001 	In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible. Member Services: 1-800-958-1129 TTY/TDD 711 Pharmacy Help Desk: 1-888-807-5705 TTY/TDD 711 Website: www.EliteHealthPlan.com File Medical Claims To: PO Box 1439 Orange, CA 92856 Electronic claim Payer ID: 63681 
---	---

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elite Health Plan, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que lo muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores en nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com/provider-search-tool* enumera nuestros proveedores de red actuales. **Los proveedores** de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Elite Health Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un Directorio de proveedores, puede solicitar una copia (electrónicamente o en papel) de Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores en papel solicitados se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de farmacias www.elitehealthplan.com/pharmacies enumera las farmacias

de nuestra red. **Las farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un directorio de farmacias, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el Formulario Integral de Elite Health Plan. 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 como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista Integral de Medicamentos del Formulario de Elite Health Plan .

La Lista de medicamentos también indica si hay reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.elitehealthplan.com/formulary o llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1139 Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para HMO exclusivo de élite

	Sus costos en 2026 HMO exclusivo de élite
Prima mensual del plan*	\$0

	Sus costos en 2026 HMO exclusivo de élite
Monto máximo de desembolso Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vaya al Capítulo 4 Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$699
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por visita
Hospitalizaciones hospitalarias Si su estadía supera los 90 días, puede utilizar sus días de reserva de por vida cubiertos por Medicare.	Por admisión / por estancia \$75 por día para los días 1 a 5 de su estadía y \$0 por el resto de su estadía los días 6 a 90.
	Sus costos en 2026 HMO exclusivo de élite
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D Vaya al Capítulo 6 Sección 4 para obtener más detalles.	\$0

Cobertura de medicamentos de la Parte D

Vaya al Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica.

Sus copagos/coseguros durante la etapa de cobertura inicial:

Nivel 1 de medicamentos: \$0

Nivel 2 de medicamentos: \$0

Nivel de medicamentos 3*: \$35

Nivel 4 de medicamentos: \$98

Nivel 5 de medicamentos: 33%

Nivel 6 de medicamentos: \$0

*Usted paga el menor de 25% del costo del medicamento o \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en su nivel.

Etapas de cobertura catastrófica:

Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

1-

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, no paga una prima mensual por separado por Elite Signature HMO.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no se aplica a usted**. Le hemos enviado un documento separado, llamado *Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *cláusula adicional de LIS*.

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

en el Capítulo 2, Sección 7. Si califica, inscribirse en uno de estos programas podría reducir la prima mensual de su plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del *manual Medicare & You 2026*, la sección llamada Costos de *Medicare 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben 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 por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por **inscripción tardía de la Parte D**. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Elite Health Plan, le informaremos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
 - Pasó menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Tenía cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento para medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, este monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería 14% por \$ 38.99, lo que equivale a \$ 44.45. Esto se redondea a \$ 44.50. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.

- **Continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de 65 años* y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad supera cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Sección 4.6 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud

o medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda 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 tu plan mensual

Sección 5.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay dos (2) formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Como miembro de Elite Health Plan Signature HMO, tiene la opción de pagarle mensualmente la prima LEP de la Parte D. Los cheques para la multa por inscripción tardía de la Parte D deben recibirse antes del día 5 de cada mes.

El pago de su cheque de multa por inscripción tardía de la Parte D debe hacerse a nombre de Elite Health

Planifique y envíe por correo a:

**Plan de salud de élite
A la atención de: Departamento de Finanzas
Apartado de correos 1489
Naranja, CA 92856**

Opción 2: Hacer que se deduzcan multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros de Elite Health Plan al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Su multa por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina antes del día 5 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 5 del mes, le enviaremos un aviso para informarle que nuestra membresía del plan finalizará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, dentro del período de gracia de tres (3) meses. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY llaman al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se le debe, tendrá cobertura de salud 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 no tiene cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se le debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-800-958-1129 de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., hora del Pacífico. Los usuarios de TTY llaman al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que finaliza su membresía.

Sección 5.2 Su multa mensual por inscripción tardía de la Parte D no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima de multa mensual por inscripción en la Parte D de su plan durante el año. Si la prima mensual de multa por inscripción tardía de la Parte D cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debe una, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si se vuelve elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

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

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que ayudes a mantener tu información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación para trabajadores o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si es admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que te comuniques con el Seguro Social si te mudas o cambias tu 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 requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcto, no necesitas hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY 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.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si hay costos que no cubren la cobertura principal. El pagador secundario no puede pagar los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en 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 según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Elite Health Plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Elite Health Plan al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarte.

Servicios para miembros - Información de contacto

Llamar	1-800-958-1129 (Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil. Servicios para Miembros 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	Las llamadas al 711 a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
Fax	1-840-237-2980
Escribir	Apartado de correos 1489, Orange CA. 92856 MemberServices@elitehealthplan.com
Sitio web	www.elitehealthplan.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar 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 pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o

medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D - Información de contacto

Llamar	<u>Para reclamos médicos:</u> Para decisiones de cobertura y apelaciones o atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711) Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil. <u>Para reclamos de farmacia:</u> Para decisiones de cobertura y apelaciones o medicamentos de la Parte D, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 o al 1-800-788-2949; (Los usuarios de TTY llaman al: 711). El centro de llamadas está abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	Las llamadas al 711 a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
Fax	<u>Para reclamos médicos:</u> 1-840-237-2980 <u>Para reclamos de farmacia:</u> 1-858-790-7100
Escribir	<u>Para reclamos médicos:</u> Plan de salud de élite A la atención de: Quejas y apelaciones Apartado de correos 1489 Naranja, CA 92856 AG@elitehealthplan.com

	<u>Para reclamos de farmacia:</u> MedImpact10181 Scripps Gateway CourtSan Diego, CA 92131 https://mp.medimpact.com/partdcoverage/determination .
Sitio web	www.elitehealthplan.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llamar	1-800-958-1129 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. excepto por los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
Fax	1-840-237-2980
Escribir	Plan de salud de élite A la atención de: Quejas y apelaciones Apartado de correos 1489 Naranja, CA 92856 AG@elitehealthplan.com
Sitio web de	Para enviar una queja sobre Elite Health Plan directamente a

Medicare

Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

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

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto

Llamar	1-800-958-1129 Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	Las llamadas al 711 a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos abiertos los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
Escribir	Plan de salud de elite Atención: Solicitud de pago Apartado de correos 1489 Naranja, CA. 92856 O comuníquese con Servicios para Miembros de Elite Health Plan al MemberServices@elitehealthplan.com
Sitio web	www.elitehealthplan.com

SECCIÓN 2 Obtenga 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 en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo 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 es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatea en vivo	Chatea en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escribir	Escriba a Medicare a 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, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas, y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Elite Health Plan. Para presentar una queja a Medicare , vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare.

El Departamento de Envejecimiento de California es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los consejeros del Departamento de Envejecimiento de California pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Departamento de Envejecimiento de California también pueden ayudarlo con las preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Departamento de Envejecimiento de California - Información de contacto

Llamar	Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles: (800) 510-2020 Oficina de Envejecimiento del Condado de Riverside: (951) 867-3800 Servicios para adultos y adultos mayores del condado de San Bernardino: (909) 891-3900
TTY	Los usuarios de TTY deben llamar al 711
Escribir	Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles: 510 S Vermont Avenue Piso 11, Los Ángeles CA 90020 Oficina sobre el Envejecimiento del Condado de Riverside: 3610 Central Ave Ste 102, Riverside CA 92506 Servicios para adultos y adultos mayores del condado de San Bernardino: 784 E. Hospitality Lane, San Bernardino CA 92415
Sitio web	Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles: https://ad.lacounty.gov/

Oficina sobre el Envejecimiento del Condado de Riverside:
<https://rcaging.org/>

Servicios para adultos y adultos mayores del condado de San Bernardino: <https://hss.sbcounty.gov/daas/>

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para California, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health (Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para California).

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Commence Health, (Organización de Mejora de la Calidad de California) - Información de contacto

Llamar	<u>(877) 588 - 1123</u> Horario de atención: Lunes a viernes: 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local)Sábados y domingos y festivos: 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local)Servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	711
Escribir	Programa BFCC-QIOcommence HealthPO Box 2687Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en/appeal-initiation Oro Livanta BFCC-QIO - California

SECCIÓN 5 Seguridad social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si te mudas o cambias tu dirección postal, comunícate con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social – Información de contacto

Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario especificado de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica de Medi-Cal, California.

Departamento de Servicios de Atención Médica - Programa médico de Medi-Cal California) - Información de contacto

Llamar	La Oficina del Defensor del Pueblo 1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excluyendo días festivos estatales
TTY	711
Escribir	Departamento de Servicios de Atención Médica de California PO Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
Sitio web	https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Medicare-Savings-Programs-in-California.aspxams-in-California

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 formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

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

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Ayuda Adicional:

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

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (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 les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional.

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

- Si desea solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible y proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-958-1129. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.
- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le devolveremos el dinero, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe una deuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué pasa si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

En el estado de California, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es:
Programa de Personas con Discapacidades Genéticas (GHPP)
MS 4502

Apartado postal 997413 Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 1-916-552-9105

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excluyendo los días festivos estatales Correo

Elite  Health

electrónico:

ghppeligibility@dhcs.ca.gov

Sitio web: www.dhcs.ca.gov

¿Qué pasa si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para recibir ayuda para costos compartidos de medicamentos recetados a través de la Oficina del SIDA, Centro de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Salud Pública de California.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

Oficina del SIDA,

Centro de Enfermedades Infecciosas - Departamento de Salud Pública de California
MS7700

Apartado postal 997426 Sacramento, CA 95899-7426

1-844-421-7050 (teléfono)

1-844-421-8008 (FAX no confidencial)

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OMain.aspx

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad financiera, la edad, la condición médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de California, los programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa de Personas con Discapacidades Genéticas (GHPP) y la [Oficina del SIDA](#), Centro de Enfermedades Infecciosas - Departamento de Salud Pública de California

Programa de Personas con Discapacidades Genéticas (GHPP) y Centro de Enfermedades Infecciosas - Departamento de Salud Pública de California
Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado de California - Información de contacto

Llamar	1-916-552-9105 1-844-421-7050 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.; excluyendo días festivos estatales
Escribir	Programas estatales de asistencia farmacéutica Programa de Personas con Discapacidades Genéticas División de Sistemas Integrados de Atención MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 Correo electrónico: ghppeligibility@dhcs.ca.gov Oficina del SIDA, Centro de Enfermedades Infecciosas - Departamento de Salud Pública de California MS7700 Apartado de correos 997426 Sacramento, CA 95899-7426
Sitio web	https://www.dhcs.ca.gov/services/ghpp/Pages/default.aspx y www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a 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 ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos 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 Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

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

Llamar	Servicios para miembros de Elite Health Plan en: 1-888-807-5705 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil. Si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se dispone gratuitamente de ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Servicios para miembros 1-888-807-5705. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. También se dispone gratuitamente de ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles.
FAX	1-840-237-2980
Escribir	Plan de salud de élite A la atención de: Servicios para miembros Apartado de correos 1489 Naranja, CA. 92856 Correo electrónico: pharmacy@elitehealthplan.com
Sitio web	www.elitehealthplan.com/MPPP

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 de la nación y sus familias. Si obtiene 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 fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador o jubilado (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: 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 el uso de nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan 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, Elite Health Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Elite Health Plan generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el Capítulo 4.**
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos 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.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** 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 las situaciones, el PCP de su red debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda usar 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, vaya a la Sección 2.3.
- No necesita referencias de su PCP para atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
 - **Debe recibir atención 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 debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o de necesidad urgente, vaya a la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener la autorización de nuestro plan antes de buscar atención. En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los 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 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan de diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Usar 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 brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para

Elite  Health

brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para que pueda ver a un especialista, generalmente primero deberá obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una "derivación" a un especialista).

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que 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

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por escrito de su PCP por adelantado (como darle una derivación para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de Elite Health Plan o del grupo médico de su PCP. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Hay varios tipos de proveedores que pueden servir como su PCP. Estos incluyen: Medicina familiar, Medicina general y Medicina interna.

¿Cómo elegir un PCP?

Para ver una lista de los PCP disponibles, revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias o visite nuestro sitio web en **www.elitehealthplan.com**. Después de haber revisado la lista de proveedores disponibles en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

Tenga en cuenta: Si no selecciona un PCP en el momento de su inscripción, Elite Health Plan le asignará un PCP que se encuentre físicamente más cerca de la dirección de residencia proporcionada en su solicitud de inscripción.

Su relación con su PCP es importante. Es por eso que le recomendamos encarecidamente que elija un PCP cerca de su hogar. Tener a su PCP cerca hace que

recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil. Es importante programar su cita de evaluación de salud inicial con su nuevo PCP dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. Esto le proporciona a su PCP una línea de base de información para tratarlo.

Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que utilizan para derivaciones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que puede ver.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP.

Si desea cambiar su PCP dentro de su grupo médico contratado o Asociación de Práctica Independiente (IPA), este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar su PCP a uno afiliado a un grupo médico contratado o IPA diferente, su solicitud debe recibirse el día 20 del mes o antes. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

Al cambiar su PCP que está afiliado a un grupo médico diferente, puede limitarse a especialistas u hospitales específicos a los que se refiere el PCP (es decir, subred, círculos de referencia). Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios para Miembros confirmará si el proveedor especializado es parte del grupo médico o de la Asociación de Práctica Independiente (IPA) que seleccionó y lo ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP si no es parte de la red de proveedores. También verificarán para asegurarse de que el PCP al que desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes.

Servicios para Miembros le dirá cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

A veces, un proveedor de la red que está utilizando puede abandonar el plan. Si esto sucede, tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Puede llamar a Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar y seleccionar otro proveedor o seleccionaremos otro PCP dentro de su grupo médico contratado o

Asociación de Práctica Independiente (IPA) para usted. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar su PCP si no está satisfecho con el PCP que seleccionamos para usted.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de PCP

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay 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 óseas, articulares o musculares

Es muy importante obtener una referencia por escrito (aprobación por adelantado) de su PCP antes de ver a un especialista del plan o a otros proveedores (hay algunas excepciones, enumeradas en la Sección 2.2 anterior). Si no tiene una referencia por escrito (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Para algunos tipos de derivaciones, es posible que su PCP deba obtener la aprobación por adelantado de Elite Health Plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). La autorización previa es la aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados con una nota al pie en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Si el especialista quiere que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la derivación (aprobación por adelantado) que recibió de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Si hay especialistas específicos que desea utilizar, averigüe si su PCP envía pacientes a estos especialistas. El PCP de cada plan tiene ciertos especialistas del plan que utilizan para las derivaciones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas que puede ver. Si hay hospitales específicos que desea usar, primero debe averiguar si su PCP usa estos hospitales.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente

necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.

- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas (vaya al Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Elite Health Plan Signature HMO no cubre los servicios prestados fuera de la red, con las excepciones de lo siguiente:

- Atención de emergencia o servicios de necesidad urgente que recibe de un proveedor fuera de la red. Esto incluye cobertura mundial si está cubierto por su plan.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Para este tipo de referencias, debe obtener autorización antes de buscar atención. Su PCP puede ayudarlo a obtener la autorización. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Si no tiene una autorización previa antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio o cuando se le autoriza previamente.

(Para obtener información al respecto, consulte la Sección 2.1 y la Sección 2.3 de este capítulo). Para obtener información sobre estos lugares de servicio, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando

estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Busque atención si tiene una emergencia médica

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

Si tiene una emergencia médica:

Obtenga ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. *Nuestro plan también cubre servicios de emergencia en todo el mundo, siempre que el motivo de recibir atención cumpla con la definición de emergencia médica que se indica anteriormente. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.*

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas.

- Para informar sobre la atención de emergencia, llame a Servicios para Miembros dentro de las 48 horas al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Los médicos que lo han estado atendiendo continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir 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 hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

Si necesita atención de emergencia en un territorio de EE. UU. fuera de EE. UU., presente su tarjeta de miembro de Elite Health Plan para que el proveedor pueda facturar directamente a Elite Health Plan. La atención de seguimiento después de la emergencia no está cubierta fuera de los EE. UU. o sus territorios.

Si recibe servicios de emergencia o de necesidad urgente fuera de los EE. UU. o sus territorios, generalmente se le pedirá que pague la factura en el momento en que reciba los servicios. La mayoría de los proveedores extranjeros no son elegibles para recibir reembolsos directamente de Medicare o Elite Health Plan, ni aceptarán reembolsos de Medicare o Elite Health Plan y le pedirán que pague los servicios directamente.

Es su responsabilidad proporcionar a Elite Health Plan una declaración escrita de eventos, registros médicos, factura detallada o recibo que muestre los servicios específicos que se le brindan. Envíe una copia de la factura detallada o un recibo detallado para que le reembolsemos los servicios cubiertos. Elite Health Plan **le reembolsa las tarifas de reembolso de Medicare Original** menos cualquier costo compartido por los servicios que recibió. Esto significa que puede recibir menos reembolso de lo que pagó por los servicios. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos.

Elite Health Plan le reembolsará los servicios necesarios durante la emergencia, incluidos los servicios de ambulancia desde el punto de la emergencia hasta el centro médico o proveedor más cercano. Elite Health Plan no cubrirá el transporte desde la ubicación extranjera de regreso a los EE. UU.

Debe comunicarse con Elite Health Plan si su emergencia requiere que permanezca en el hospital durante una o más noches o requiere un procedimiento quirúrgico. La notificación debería ocurrir lo antes posible una vez que esté estable. Puede comunicarse con Servicios para Miembros de Elite Health Plan al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Elite Health Plan.

La atención de seguimiento, las recetas tomadas mientras se encuentra en los EE. UU. y la atención de rutina no están cubiertas cuando viaja.

Una póliza de seguro médico de viaje lo protegería de pagar gastos médicos de bolsillo más altos por servicios no cubiertos por su plan de salud y cubriría los gastos médicos imprevistos incurridos mientras viaja internacionalmente. Se recomienda comprar una póliza de seguro médico de viaje antes de viajar fuera del país. Si tiene una emergencia y compra un seguro de viaje, incluya su póliza al enviar su documentación para el reembolso. Elite Health Plan podrá coordinar el pago con la compañía de seguros.

La cobertura mundial de atención de emergencia y urgencia no está cubierta por Medicare Original y se considera un beneficio complementario. Elite Health Plan reembolsará los servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos fuera de la red fuera de los EE. UU. y sus territorios **a las tasas de reembolso de Medicare Original**. Usted será responsable de cualquier costo por encima de lo que pagaría Medicare Original y su parte de los costos compartidos por los servicios que recibió. *Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.*

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir a atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios que se necesitan con urgencia y sigue las reglas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

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) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Puede acceder a los servicios que necesita con urgencia de tres (3) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención de urgencia
 - Si bien puede ir a cualquier centro de atención de urgencia, debe ir al centro de atención de urgencia con el que trabaja su médico, cuando se encuentre en el área de servicio de su plan. Pídale a su médico una lista de los centros de atención de urgencia con los que trabaja antes de que necesite ir a uno.
- Una visita virtual si la ofrece su grupo médico (pagará el copago de su visita al consultorio por una visita virtual). Pregúntele a su médico si se ofrecen visitas virtuales y cómo acceder a ellas antes de que las necesite.
- Una visita virtual de telesalud de atención de urgencia con un copago de \$0. Consulte Telesalud de atención de urgencia en Servicios de telesalud en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país **no está** cubierto. Los tratamientos preprogramados y planificados previamente (incluida la diálisis crónica) para cualquier afección conocida en curso y / o procedimientos electivos **no están** cubiertos. Cualquier atención de seguimiento, incluidos los cuidados posteriores, la rehabilitación, las visitas al médico y la estadía en un centro de enfermería especializada, **no** se considera atención emergente o urgente y **no está** cubierta.

Si recibe servicios de emergencia o de necesidad urgente fuera de los EE. UU. o sus territorios, generalmente se le pedirá que pague la factura en el momento en que reciba los servicios. La mayoría de los proveedores extranjeros no son elegibles para recibir reembolsos directamente de Medicare o Elite Health Plan, ni aceptarán reembolsos de Medicare o Elite Health Plan y le pedirán que pague los servicios directamente. Solicite una factura o recibo escrito y detallado que muestre los servicios específicos que se le brindan. Envíe una copia de la factura detallada o un recibo detallado para que le reembolsemos los servicios cubiertos **a las tarifas de reembolso de Medicare Original** menos cualquier costo compartido por los servicios que recibió. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos.

Una póliza de seguro médico de viaje lo protegería de pagar gastos médicos de bolsillo más altos por servicios no cubiertos por su plan de salud y cubriría los gastos médicos imprevistos incurridos mientras viaja internacionalmente. Se recomienda comprar una póliza de seguro médico de viaje antes de viajar fuera del país.

La cobertura mundial de atención de emergencia y urgencia no está cubierta por

Medicare Original y se considera un beneficio complementario. Elite Health Plan reembolsará los servicios de atención de emergencia y urgencia cubiertos fuera de la red fuera de los EE. UU. y sus territorios a las tasas de reembolso de Medicare Original. Usted será responsable de cualquier costo superior a lo que pagaría Medicare Original, menos cualquier costo compartido por los servicios que recibió.

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

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

Visite www.elitehealthplan.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

Elite Health Plan Signature HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios como se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el 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 que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto.

Después de alcanzar su límite de beneficios médicos cubiertos, los costos médicos adicionales no se aplicarán a su monto máximo de desembolso. Los beneficios complementarios, como transporte, comidas, servicios dentales de rutina y de la vista, etc., no cuentan para su bolsillo máximo. Si no está seguro de cuánto de su límite de beneficios ha utilizado, puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener una actualización. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, excepto los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos

federales. Cuando estamos cerrados, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial serán devueltos dentro de un día hábil.

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 qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas 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 elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$ 100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 bajo Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 bajo nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación (como una factura de 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 según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

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

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

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en:

www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY 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 religiosa de atención médica no médica

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados 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 de una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico que no esté **exento**.

- **La atención o el tratamiento médico no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no es* voluntario o *que es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y costos compartidos requeridos para los servicios proporcionados por los proveedores de la red como se describe en los Capítulos 4, 5 y 6.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros las usen en el hogar. El miembro siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Elite Signature HMO, no obtendrá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Elite Signature HMO cubrirá:

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

Si deja Elite Health Plan o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original requiere un proveedor de oxígeno para brindarle servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse con la misma empresa o ir a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si te unes o abandonas nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Elite Health Plan Signature HMO. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Este capítulo también explica los límites de ciertos servicios (es decir, montos de cobertura o límites de visitas, como máximos de cobertura mundial y quiropráctica de rutina).

Sección 1.1 Costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es:**

- **HMO "Signature" de élite:** desembolso máximo de **\$699** por año calendario

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de desembolso. Los montos que paga por las primas de inscripción tardía de la Parte D y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de desembolso. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso de Elite Signature HMO \$699, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos por la Parte

A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Elite Signature HMO, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

- Si su costo compartido 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 la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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 con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión, emergencias o servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY 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 que cubre Elite Signature HMO y lo que 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 cuando se cumplen:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda ver a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco y una nota al pie.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, pagas *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su *manual Medicare y usted 2026*. Véalo en línea en www.Medicare.gov o 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 cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la afección médica existente. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que pagas
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva. Es posible que se apliquen costos compartidos para otros servicios que reciba durante la visita. Se aplican reglas de autorización previa
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes	Copago de \$0 por cada visita al consultorio por hasta 12 visitas por año.

Servicio cubierto	Lo que pagas
que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861 (r) (1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una 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 actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o 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 acupuntura (de rutina / no cubiertos por Medicare)* Los servicios de acupuntura cubren la atención de rutina médicamente necesaria. Debe utilizar proveedores de planes contratados. Está cubierto para los servicios de acupuntura de rutina. No necesita una derivación para una visita inicial de acupuntura. Cualquier visita posterior requiere autorización previa. *Este beneficio no se aplica a su	Copago de \$10 por cada visita al consultorio por hasta 12 visitas por año.

Servicio cubierto	Lo que pagas
monto máximo de desembolso.	
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$100 por cada viaje de ida para ambulancia terrestre. 20% para ambulancia aérea. Se aplican reglas de autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su <i>visita preventiva de Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para estar cubierto por las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	Copago de \$0 por la visita al consultorio. No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
de los resultados por parte de un médico.	
 Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. No necesita una derivación para una mamografía anual dentro de su red (1 examen cada 12 meses). La mamografía de rutina no incluye la resonancia magnética.
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con el médico. Se aplican reglas de autorización previa Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 por cada visita al consultorio. Se aplican reglas de autorización previa
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva. Se aplican reglas de autorización previa
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. Se aplican reglas de

Elite Health

Servicio cubierto	Lo que pagas
de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. - Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer un pago por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo de 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. - ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. Puede aplicarse autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos: Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener información sobre procedimientos dentales adicionales que no están cubiertos. Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare) * Además de los servicios mencionados anteriormente, Elite Signature HMO ofrece los siguientes servicios dentales de rutina a través de proveedores dentales contratados por Elite Health Plan. Los servicios dentales de rutina dentro de la red incluyen: • Examen oral: hasta 2 visita(s) cada año • Limpieza dental: hasta 2 visita(s) cada año • Radiografías dentales: hasta 2 visita(s) cada año Este beneficio no incluye también los servicios dentales integrales, de ortodoncia o implantes dentales. Para obtener una descripción completa, incluidas las limitaciones y exclusiones adicionales, consulte la lista de tarifas de DeltaCare® USA. Los miembros que no han tenido visitas regulares al dentista (al menos una vez cada seis meses) o que han sido diagnosticados con enfermedad de las encías pueden necesitar raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento de toda la boca antes de	Copago de \$0 por cada visita al consultorio para servicios dentales cubiertos por Medicare. Copago mínimo de \$0 a copago máximo de \$98 Copago de \$0 : Exámenes orales: Dos evaluaciones orales cada año (D0120, D0140 o D0160). REEVALUACIÓN, LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA (PACIENTE ESTABLECIDO, NO VISITA POSTOPERATORIA) (D0170), dos cada año. Tenga en cuenta que D0171 (visita al consultorio postoperatorio) no es un servicio que se paga por separado. Copago de \$0 : Uno (D0210 o D0330) cada 2 años calendario. Dos periapicales (D0220 o D0230) cada año calendario. Un juego de radiografías de aleta de mordida (D0220, D0230,

Servicio cubierto	Lo que pagas
que se pueda brindar atención de rutina, como limpiezas regulares. Es posible que deba pagar costos compartidos adicionales por estos servicios. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario. Copago de \$0: Otros servicios dentales de diagnóstico: cada 2 años calendario. D0419, evaluación del flujo salival por medición. D0460, pruebas de vitalidad de la pulpa. D0601, evaluación del riesgo de caries y documentación con un hallazgo de bajo riesgo. D0602, evaluación del riesgo de caries y documentación con un hallazgo de riesgo moderado. D0603, evaluación del riesgo de caries y documentación con un hallazgo de alto riesgo. No es un servicio pagadero por separado D0701, D0702, D0703, D0705, D0706, D0707, D0708 y D0709. Copago de \$0 : Limpieza (profilaxis) Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año. Copago de \$0 Tratamiento con flúor Dos aplicaciones. D1206 o D1208 - aplicación tópica de barniz de flúor

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Copago de \$0 : Servicios dentales preventivos Uno cada uno. D1310 asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales y D1330 instrucciones de higiene bucal. Copago de \$19-\$44 Servicios de restauración Dos procedimientos de llenado cada año calendario. Min / Max basado en el # de superficies necesarias para fijar en los empastes (a base de amalgama vs. resina) y el número de superficies de un diente. Los códigos afectados de Min a Max incluyen los siguientes: D2330, D2140, D2391, D2331, D2150, D2332, D2392, D2160, D2393, D2335, D2161, D2394 y D2390. \$0-\$30 Periodoncia Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario. Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario. Min / Max basado en el # de superficies para raspado de raíz periodontal y alisado radicular. Los códigos afectados de MIN a MAX incluyen los siguientes:

Servicio cubierto	Lo que pagas
	D4346, D4921, D4355, D4342, D4910 y D4341. \$20-\$98 Cirugía Oral y Maxilofacial Tres extracciones cada año calendario. Los ejemplos de servicios se aplican tanto al copago mínimo como al máximo: Los códigos de copago mínimo a máximo incluirían: D7140, D7210, D7250, D7220, D7230, D7240. D7251 y MAX D7241. Copago de \$0 a \$18: Servicios generales adjuntos Ejemplos de servicios dentales complementarios se aplican al tratamiento paliativo del dolor dental y la anestesia. El copago mínimo, por ejemplo, incluiría los códigos: Mínimo D9211, D9212, D9215 y MAX D9110.
 Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y / o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión. Se aplican reglas de autorización previa
 Detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos provistos con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y 3 pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados provistos con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones. Los monitores continuos de glucosa y los suministros relacionados se consideran equipos médicos duraderos. Consulte "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" más adelante en esta tabla.	Copago de \$0 para las tiras reactivas y suministros para diabéticos Freestyle para controlar sus niveles de glucosa en sangre. Copago de \$0 para zapatos e insertos terapéuticos para diabéticos. Copago de \$0 para capacitación en autocontrol de la diabetes. Los monitores de glucosa en sangre, las tiras reactivas y las soluciones de control solo están disponibles en Freestyle. Las lancetas están disponibles en cualquier fabricante. (Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información). Las reglas de autorización previa se aplican a la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los zapatos terapéuticos y las plantillas para el manejo de la diabetes.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, vaya al Capítulo 12 y al Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Por lo general, Elite Signature HMO cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Elite Signature HMO y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden 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 afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, vaya al Capítulo 9).	Copago de \$0 Los monitores continuos de glucosa preferidos (es decir, Freestyle Libre) están disponibles en farmacias de la red con receta médica y se aplican requisitos de autorización previa. 0% de coseguro si califica para el equipo de oxígeno de Medicare, esto incluye: alquiler de equipo de oxígeno, suministro de oxígeno y contenido de oxígeno, tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno y mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno. 20% todos los demás DME. Se pueden aplicar autorizaciones previas y otros límites
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.	Copago de \$95 por cada visita. El copago no se aplica si ingresa al hospital como paciente hospitalizado, ya sea inmediatamente o después de un período de observación. Si recibe atención de

Servicio cubierto	Lo que pagas
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Atención de emergencia: cobertura mundial* La atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo está cubierta para los servicios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos. Cobertura mundial para cobertura de servicios de emergencia: • Esto incluye atención de emergencia o urgente y transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. • Los procedimientos preprogramados, planificados previamente y/o electivos no se consideran atención de emergencia/urgente y no están cubiertos. • La atención de seguimiento, incluida la atención posterior, la rehabilitación y la estadía en un centro de enfermería especializada, no se considera atención de emergencia o de urgencia y no está cubierta.	emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Si su afección le permite regresar a un hospital de la red, la atención se organizará según sea médicamente necesario (incluida la transferencia). Asignación máxima de \$10,000 para toda la cobertura mundial. Copago de \$100 para servicios de emergencia en todo el mundo (no se aplica si es admitido) y copago de \$50 para servicios de necesidad urgente en todo el mundo. \$100 para transporte de emergencia en todo el mundo (aeronaves de ala fija y rotatorias no incluidas) Consulte el Capítulo 3, Secciones 3.1-3.2 y el Capítulo 7, Sección 1.1 para obtener información sobre el reembolso de gastos para servicios en todo el mundo.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los medicamentos que no son de emergencia obtenidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Consulte el Capítulo 3, Sección 3.1 para obtener más información sobre la atención de emergencia fuera de los EE. UU. Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más información. * La cobertura mundial no se aplica a su monto máximo de desembolso.	
 Programas de educación sobre salud y bienestar Beneficio de acondicionamiento físico — Age Bold™ Como parte de nuestro programa de salud y estilo de vida, nuestros miembros obtienen acceso a Age Bold, un completo programa de acondicionamiento físico en línea para el cuerpo y la mente. Age Bold: ofrece clases y actividades de acondicionamiento físico interactivas y seleccionadas por miembros para personas mayores. Realiza un seguimiento de las sesiones de entrenamiento y también proporciona módulos de memoria y aptitud cognitiva.	\$0 acceso ilimitado por año
Servicios de audición (cubierto por Medicare) Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Servicios de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare) * Los servicios cubiertos incluyen: Prueba de audición/examen de audición en línea aprobado por Medicare • Audífonos • Adaptación/evaluación de audífonos	Copago de \$0 por cada visita al consultorio. Copago de \$0 Prueba de audición (1 examen auditivo de rutina cada 12 meses). Copago de \$0 Adaptación / evaluación de audífonos (las adaptaciones / evaluaciones de audífonos están cubiertas en los doce

Servicio cubierto	Lo que pagas
No necesita una derivación para una visita en línea al proveedor de audiología en línea contratado por Elite Health Plan para una prueba de audición para determinar la necesidad de audífonos. Los audífonos están cubiertos cuando se determina que son necesarios y se obtienen del proveedor de Audicus en línea contratado por Elite Health Plan. Las adaptaciones y evaluaciones de audífonos están cubiertas durante 12 meses después de la compra de un audífono cubierto por Elite. La cobertura de audífonos incluye un período de prueba de 100 días, • Período de prueba de 100 días • Garantía de 3 años • Estuches de carga INCLUIDOS en todos los dispositivos recargables (sin cargo adicional) *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	meses posteriores a la compra de un audífono de un proveedor contratado). Copago de \$399 a \$949 Dos audífonos de la selección de dispositivos del proveedor Audicus. Dos audífonos cada 2 años.
 Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa
Atención de agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o	Copago de \$0 por inyectables para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y medicamentos intravenosos administrados en un entorno de atención médica en el hogar. Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla. Se

Servicio cubierto	Lo que pagas
intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	aplican reglas de autorización previa
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. 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, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar, como el medicamento de infusión, el equipo y los suministros, están cubiertos por el beneficio de DME.	Pagas lo siguiente por visita: Copago de \$0 Servicios profesionales de terapia de infusión en el hogar que incluyen capacitación, educación y servicios de monitoreo Equipo médico duradero Consulte el "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" en esta sección.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; Si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentes cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Elite Signature HMO.

Servicio cubierto	Lo que pagas
pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original Para los servicios cubiertos por Elite Signature HMO pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Elite "Signature" HMO continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido 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 afección de hospicio terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección 9.4). Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Vacunas contra la gripe/gripe, una vez cada temporada de gripe/gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/gripe si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. Si su estadía supera los 90 días, puede utilizar sus días de reserva de por vida cubiertos por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios	Por admisión / por estancia Por cada hospitalización (admisión al alta), usted paga lo siguiente: \$75 por día para los días 1 a 5 de su estadía \$0 por el resto de su estadía de los días 6 a 90. Sus beneficios para pacientes hospitalizados se basan en la fecha de admisión. Si es admitido en el hospital en 2026 y no es dado de alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que sea dado de alta del hospital o transferido a un centro de enfermería especializada. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por uso de sustancias (consulte también "Atención de salud mental para pacientes hospitalizados" más adelante en esta tabla). • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón, páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Elite "Signature" HMO brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. Se aplican reglas de autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la política del plan para la cobertura de viajes de trasplantes. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Nota de servicios médicos:	Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. - También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) - Drogas y medicamentos	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Por admisión / por estancia Por cada hospitalización (admisión al alta), usted paga lo siguiente: \$75 por día para los días 1 a 5 de su estadía por día \$0 por el resto de su estadía de los días 6 a 90. Sus beneficios para pacientes hospitalizados se basan en la fecha de admisión. Si es admitido en un centro de salud mental para pacientes hospitalizados en 2026 y no es dado de alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que

Servicio cubierto	Lo que pagas
	no haya recibido atención hospitalaria en un hospital de agudos, un centro de enfermería especializada o un centro de salud mental para pacientes hospitalizados durante 60 días seguidos. Se aplican reglas de autorización previa.
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funcione mal, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas,	Pagará el costo compartido aplicable por estos servicios como si se proporcionaran de forma ambulatoria. Consulte la sección de beneficios aplicable en esta tabla. Se aplican reglas de autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que pagas
desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
Masaje-terapéutico (rutinario/no Medicare) El masaje terapéutico es un beneficio complementario proporcionado por Elite Signature HMO a través de la red de proveedores de American Specialty Health (ASH) que se enfoca en el uso terapéutico de técnicas de masaje para mejorar los procesos de curación naturales del cuerpo. Debe utilizar el proveedor de masajes terapéuticos de rutina contratado por Elite Health Plan. No necesita una derivación para una visita inicial. Cualquier visita posterior requiere autorización previa. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	Copago de \$10 por cada visita al consultorio por hasta 12 visitas por año.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo refiera. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia médica anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los servicios MDPP están cubiertos para personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	MDPP. Se aplican reglas de autorización previa
Medicamentos de la Parte B de Medicare 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 generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios del hospital o del centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de	Usted paga entre \$0 y 20% del monto aprobado por Medicare para la quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B. No paga más de \$35 por un suministro de un mes de una insulina de la Parte B suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba 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 instruida (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 toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede 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 usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido	

Servicio cubierto	Lo que pagas
el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (como las versiones biosimilares y genéricas de Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades inmunodenciales primarias • 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, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Detección y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia preventiva de la obesidad. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos 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) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	20% de coseguro por visita. Se aplican reglas de autorización previa.
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada • Pruebas de diagnóstico no relacionadas con el laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su	Copago de \$0 por lo siguiente por visitas: Radiografías estándar Servicios de laboratorio estándar Servicios de diagnóstico y radiología Los ejemplos de servicios de diagnóstico no radiológico incluyen, entre otros, electrocardiogramas, pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en cinta rodante. Servicios de sangre Suministros médicos Procedimientos radiológicos terapéuticos (como

Servicio cubierto	Lo que pagas
médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias • Consulte la sección "Medicamento recetado de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	procedimientos de radioterapia, bisturí de rayos gamma y bisturí cibernético) Procedimientos radiológicos de diagnóstico (exploraciones especializadas como TC, SPECT, MRI, MRA, mielograma, cistograma, ultrasonido y exploraciones nucleares de diagnóstico) Se aplican reglas de autorización previa
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido 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 están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en	Copago de \$0 por estadía Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • 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 • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada ¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-	Copago de \$0 Para conocer los servicios que se enumeran a continuación, consulte la sección correspondiente en este Capítulo 4 de la Tabla de beneficios. Servicios de emergencia Consulte la sección "Atención de emergencia" en esta tabla. Servicios de observación Consulte las secciones "Atención de emergencia" o "Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios" en esta tabla. Cirugía ambulatoria Consulte la sección "Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en los centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y los centros quirúrgicos ambulatorios" en esta tabla. Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos Consulte la sección "Pruebas de

Servicio cubierto	Lo que pagas
Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos" en esta tabla. Atención de salud mental y hospitalización parcial Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes ambulatorios" y "Servicios de hospitalización parcial" en esta tabla. Atención de dependencia química Consulte la sección "Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias" en esta tabla. Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla. Se aplican reglas de autorización previa.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, 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 \$0 por cada visita de terapia en un entorno grupal. Visita no psiquiátrica Copago de \$25 por cada visita de terapia para una cita individual. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).	Copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno grupal. Visita no psiquiátrica Copago de \$25 por cada visita de terapia para una cita individual. Se aplican reglas de autorización previa
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias Tiene cobertura para los servicios para tratar la dependencia química en un entorno ambulatorio (terapia grupal o individual).	Copago de \$0 por cada visita de terapia en un entorno grupal. Visita no psiquiátrica Copago de \$25 por cada visita de terapia para una cita individual. Se aplican reglas de autorización previa.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.	Copago de \$0 Se aplican reglas de autorización previa
Productos de venta libre (OTC)* Está cubierto para productos de salud de venta libre elegibles disponibles a través de un catálogo de artículos de venta libre en línea. Estos artículos se pueden ver y pedir a través de www.elitehealthplan.com/OTC y se enviarán a su hogar.	\$65 por trimestre de asignación dentro de un año calendario. Cualquier saldo no utilizado no se transfiere al siguiente trimestre.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Este beneficio está disponible como una asignación trimestral. Los saldos no utilizados no se transferirán al siguiente año calendario. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$0 por cada visita de hospitalización parcial. Se aplican reglas de autorización previa
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)* Una unidad doméstica electrónica o colgante para el cuello que incluye un cargo mensual de monitoreo disponible para los miembros que cumplen con criterios específicos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	Copago de \$0
Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico	Copago de \$0 por visita al PCP

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica médicamente necesaria o servicios quirúrgicos que recibe en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Algunos consultorios de proveedores pueden ofrecer visitas de telesalud y en persona • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente	Copago de \$0 por visita al especialista: se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más temprana • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión antes de la cirugía	
Servicios de podología cubiertos por Medicare Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como espolones en martillo o talones) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan la extremidad inferior	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare
Servicios de podología para servicios de rutina/no cubiertos por Medicare: Cuidado rutinario de los pies, como cortar o eliminar callos y callosidades, recortar, cortar o cortar las uñas, o mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies.	Copago de \$10 por cada visita de rutina al consultorio por hasta 12 visitas por año
Beneficio de comidas después del hospital*	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que pagas
El beneficio de comida posterior al hospital debe ser solicitado por un proveedor del plan en o inmediatamente después del alta de un evento de hospitalización para pacientes hospitalizados o un administrador de casos de Elite Health Plan. La entrega de comidas después del hospital está limitada a 2 comidas por día (total 14 comidas) durante 7 días. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tienes VIH, pero tu médico u otro profesional de la salud determina que tienes un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si está recibiendo una droga inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectar la droga. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única del virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros	20% de coseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
conexos Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan toda o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas: vaya a <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Se aplican reglas de autorización previa
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y derivación para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de \$0 por cada visita de rehabilitación pulmonar. Se aplican reglas de autorización previa. Se requiere referencia.
 Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no dependen del alcohol. Si da positivo en la prueba de abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o profesional calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo por abuso de alcohol. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
 Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, un LDCT está cubierto cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es proporcionada por un médico o un no médico calificado practicante. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de detección inicial de LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para la detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para exámenes posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT. Se aplican reglas de autorización previa
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945-1965.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS. Se aplican reglas de autorización previa
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de	\$0 de copago servicios educativos sobre la enfermedad renal Servicios de diálisis 20% de coseguro por cada tratamiento de diálisis cubierto por Medicare. Esto incluye visitas profesionales (visitas clínicas de diálisis del nefrólogo) y visitas a centros de diálisis, y

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, vaya a Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	diálisis domiciliaria. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio hospitalario para pacientes hospitalizados. Se aplican reglas de autorización previa
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una 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 naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre).	Para estadías en centros de enfermería especializada, paga por período de beneficios: Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 \$50 por día para los días 21-100. Los beneficios de su centro de enfermería especializada se basan en la fecha de admisión. Si es admitido en un centro de enfermería especializada en 2026 y no es dado de alta hasta 2027, los copagos de 2026 se aplicarán hasta que no haya recibido atención hospitalaria en un hospital de

Servicio cubierto	Lo que pagas
- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. - Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por SNF - Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por SNF - Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF - Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente proporcionados por SNF - Servicios médicos / profesionales Por lo general, recibe atención de SNF de los centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan . - Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) - Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital	agudos, un SNF o un centro de salud mental para pacientes hospitalizados durante 60 días seguidos. Se aplican reglas de autorización previa Se requiere referencia.
 Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y dejar de fumar está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios:	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y dejar de fumar cubiertos por Medicare. Se aplican reglas de autorización previa

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para la EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consisten en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante / especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de \$0 por cada visita al consultorio. Se aplican reglas de autorización previa Se requiere referencia.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Transporte (de rutina no Medicare) * Se proporciona transporte de rutina en un taxi o camioneta para sillas de ruedas para servicios médicos calificados que no sean de emergencia. Esto no incluye el transporte en ambulancia. Consulte la sección "Servicios de ambulancia" anteriormente en esta tabla. Todo el transporte, incluido el transporte en silla de ruedas, debe cumplir con los criterios del plan. Cada viaje de ida no puede exceder las 25 millas. Los viajes deben cancelarse si ya no necesita transporte. Si un viaje no se cancela antes de que el conductor haya sido enviado a buscarlo, el viaje contará y se deducirá de su límite anual de viaje. Este beneficio no incluye viajes a destinos no médicos como supermercados, clubes de salud y centros para	Copago de \$0 por 20 viajes de ida relacionados con la atención médica de 25 millas o menos.

Servicio cubierto	Lo que pagas
personas mayores. Los arreglos de transporte deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para un vehículo de pasajeros y con al menos 48 horas de anticipación (sin incluir los fines de semana) para el servicio de sillas de ruedas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros Elite al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY llaman al 711) para programar un traslado. Consulte "Información importante sobre el beneficio de transporte de rutina" al final de esta sección para obtener una descripción detallada del beneficio de transporte de rutina. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso. Servicios de transporte – Cobertura mundial* La atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo está cubierta para los servicios para evaluar o estabilizar una afección médica urgente o emergente cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos. Cobertura mundial para servicios que se necesitan con urgencia: • Esto incluye atención de emergencia o urgente y transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. • Los procedimientos preprogramados, planificados previamente y/o electivos no se consideran atención de emergencia/urgente y no están cubiertos. • La atención de seguimiento, incluida la atención posterior, la rehabilitación y la estadía en un centro de enfermería especializada, no se considera atención de emergencia o de urgencia y no está cubierta. Los medicamentos que no son de emergencia obtenidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Consulte el Capítulo 3, Sección 3.2 para obtener más información sobre la atención que se necesita con urgencia cuando se encuentra fuera de	Asignación máxima de \$10,000 para toda la cobertura mundial. \$100 para transporte de emergencia en todo el mundo (aviones de ala fija y rotatoria no incluidos) Consulte el Capítulo 3, Secciones 3.1-3.2 y el Capítulo 7, Sección 1.1 para obtener información sobre el reembolso de gastos para servicios en todo el mundo.

Servicio cubierto	Lo que pagas
casa o fuera de los EE. UU. Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más información. * La cobertura mundial no se aplica a su monto máximo de desembolso.	
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Servicios de necesidad urgente: cobertura mundial* La atención de emergencia y de necesidad urgente en todo el mundo está cubierta para los servicios para evaluar o estabilizar una afección médica urgente o emergente cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos. Cobertura mundial para servicios que se necesitan con urgencia: • Esto incluye atención de emergencia o urgente y transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. atención necesaria y no están cubiertos. • La atención de seguimiento, incluida la atención	Copago de \$0 por cada visita. Asignación máxima de \$10,000 para toda la cobertura mundial. Copago de \$50 por cada visita.

Servicio cubierto	Lo que pagas
posterior, la rehabilitación y la estadía en un centro de enfermería especializada, no se considera atención de emergencia o de urgencia y no está cubierta. Los medicamentos que no son de emergencia obtenidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Consulte el Capítulo 3, Sección 3.2 para obtener más información sobre la atención que se necesita con urgencia cuando se encuentra fuera de casa o fuera de los EE. UU. Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para obtener más información. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	
 Cuidado de la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía.	Copago de \$0 por visita. Copago de \$0 para anteojos después de la cirugía de cataratas (un par después de la cirugía)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Visión (de rutina/no Medicare) * Además de los servicios de la vista médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original, Elite Signature HMO ofrece los siguientes servicios de atención de la vista de rutina a través de la red de proveedores de optometría Eye Med Select en su tienda en línea, lo que permite la selección virtual de anteojos y lentes de contacto. • Exámenes oculares de rutina, limitados a un examen cada 12 meses. • Lentes (monofocales, bifocales o trifocales), monturas estándar o anteojos (tanto lentes como monturas). Limitado a un par cada año. Elite "Signature" HMO ofrece un monto de cobertura de la vista que se aplica al costo de los marcos y lentes estándar cuando se compran en la ubicación de un proveedor del plan. Debe pagar los costos restantes más allá de esta cobertura. • Lentes de contacto en lugar de anteojos, limitados a un par cada año. Elite "Signature" HMO ofrece un monto de cobertura para aplicar al costo de los lentes de contacto cuando se compran en la ubicación de un proveedor del plan. Debe pagar los costos restantes más allá de esta cobertura, es decir, ajuste de lentes de contacto, imágenes de retina. No hay beneficios por servicios profesionales o materiales relacionados con el reemplazo de lentes y marcos proporcionados bajo este plan que se pierdan o se rompan a menos que el artículo deba reemplazarse. Consulte la sección "Servicios que no cubrimos (exclusiones)" más adelante en este capítulo para conocer las limitaciones adicionales de los anteojos. *Este beneficio no se aplica a su monto máximo de desembolso.	Cobertura de hasta \$250 para monturas o lentes de contacto cada año. La cobertura de lentes de contacto incluye el costo del examen, los honorarios profesionales y los materiales. Usted paga los costos restantes más allá de lo que cubre Elite Signature HMO.
 Bienvenido a la visita preventiva de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible para la <i>visita</i>

Servicio cubierto	Lo que pagas
Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas (o vacunas)), y referencias para otros cuidados si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su <i>visita preventiva</i> de <i>Bienvenido a Medicare</i>.	<i>preventiva</i> de Bienvenido a Medicare.

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

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

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide en apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Medicina alternativa complementaria (CAM) y/o medicina no convencional. Los ejemplos incluyen, entre otros, homeopatía, yoga, polaridad, terapias de toque curativo y bioelectromagnetismo	A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y autorizado por el médico de su plan o el director médico del plan (o su designado) o Elite Health Plan.
Biofeedback	A menos que sea médicamente necesario de acuerdo con las pautas de Medicare y autorizado por el médico de su plan o el

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
	director médico del plan (o su designado) o Elite Health Plan.
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Cuidado de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna condición
Férulas dentales, implantes dentales, prótesis dentales o cualquier tratamiento dental para los dientes, las encías o la mandíbula o tratamiento dental relacionado con el síndrome de la articulación temporomandibular (ATM)	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina 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 (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas a domicilio	Excepto como un beneficio de comida posterior al hospital. Consulte los detalles en la "Tabla de beneficios médicos".
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, incluida la limpieza ligera o la preparación de comidas ligeras	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Cuidado dental no rutinario	Excepto como se indica en la sección Beneficios dentales. Consulte los detalles en la "Tabla de beneficios médicos".
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Las personas con diabetes que tienen una primera enfermedad diabética grave pueden obtener artículos terapéuticos. Consulte la sección de autocontrol de la diabetes en la tabla de beneficios médicos".
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Reversión de los procedimientos de esterilización y/o de los 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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Dentaduras postizas o implantes dentales de rutina.	No cubierto bajo ninguna condición
Queratotomía radial de rutina y cirugía LASIK.	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

SECCIÓN 4 Apéndices

Limitaciones del plan

Los siguientes artículos, procedimientos, beneficios, servicios, medicamentos, suministros y equipos están limitados por el plan Elite Signature HMO:

- Los Servicios cubiertos están disponibles solo a través de proveedores del plan en la red que seleccione (a menos que dicha atención se brinde como servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente o servicios de diálisis renal fuera del área cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, servicios de emergencia en todo el mundo o esté autorizado previamente). Los servicios previamente autorizados o planificados que se proporcionarán dentro de la red (como, entre otros, oxígeno, análisis de sangre de rutina, quimioterapia y/o cirugía que no sea de emergencia) no están cubiertos fuera del área de servicio.
- Los servicios cubiertos proporcionados por proveedores que no pertenecen al plan se limitan a servicios imprevistos que se necesitan con urgencia o servicios de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, servicios de emergencia y atención autorizada posterior a la estabilización en cualquier parte del mundo, y servicios para los que ha obtenido autorización previa. En circunstancias inusuales y extraordinarias, los servicios que se necesitan con urgencia también están cubiertos dentro del área de servicio cuando los proveedores de Elite Signature HMO no están disponibles o son inaccesibles temporalmente. En estas circunstancias, los servicios cubiertos deben ser proporcionados por médicos y otros profesionales afiliados a Medicare.
- Si busca atención de rutina o servicios médicos electivos de proveedores que no pertenecen al plan sin una referencia aprobada por Elite Signature HMO, ni Elite Signature HMO, Medicare Original ni la mayoría de las pólizas de seguro complementario de Medicare (por ejemplo, Medigap) pagarán su atención, y se le pedirá que pague el costo total de dichos servicios.

- Elite Signature HMO cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, están cubiertos por Medicare y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no están autorizados.
- Los proveedores del plan pueden hablar sobre la terapia alternativa que puede no estar cubierta por Medicare o Elite Signature HMO. No todas las terapias alternativas discutidas pueden ser médicamente necesarias. Todo tratamiento requiere una autorización previa. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el Capítulo 2.
- Los miembros son totalmente responsables de todos los costos compartidos aplicables como se enumeran en el Capítulo 4. El costo compartido no es negociable.

Beneficios suplementarios dentales Limitaciones de beneficios de Elite Signature HMO

1	La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se enumeran en <i>el Anexo A, Descripción de beneficios y copagos</i> .
2.	Cualquier procedimiento que en la opinión profesional del Dentista Contratado o Delta Dental Personal clínico: ❖ tiene un mal pronóstico para un resultado exitoso y una longevidad razonable basada en la condición del diente o dientes y / o estructuras circundantes, o ❖ es inconsistente con los estándares generalmente aceptados para la odontología, o ❖ Los servicios considerados inclusivos o parte de otro procedimiento no se pueden cobrar por separado.
3.	Las siguientes evaluaciones orales (D0140, D0170, D0171, D0190 y D0191) no son facturables al paciente el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
4.	Las radiografías de boca completa y las imágenes radiográficas (D0210) se limitan a un conjunto cada 2 años calendario e incluyen cualquier combinación de periapicales (D0220, D0230) y aletas de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277). Los beneficios se limitan a una serie completa intraoral de imágenes radiográficas (D0210) o una imagen radiográfica panorámica (D0330) dentro de dos años calendario. Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa. Las aletas de mordida de cualquier tipo están incluidas en la tarifa de una serie completa cuando se toman dentro de los 6 meses posteriores a las imágenes completas.
5.	Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura dental o para Reemplace un empaste perdido.
6.	El raspado y la planificación periodontal (D4341, D4342) no son facturables al paciente el mismo día que una profilaxis (D1110).

Descripción dental de beneficios y copagos para beneficios suplementarios - Elite Signature HMO

Los beneficios que se muestran a continuación se realizan según lo considere apropiado el dentista contratado sujeto a las *limitaciones y exclusiones* del plan. Consulte el *Anexo B* para obtener más aclaraciones sobre los beneficios. Debe discutir todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de que se presten los servicios.

El texto que aparece en cursiva a continuación está destinado específicamente a aclarar la entrega de beneficios bajo el programa DHMO y no debe interpretarse como terminología dental actual ("CDT"), códigos de procedimiento, descriptores o nomenclatura CDT-2025 que están bajo derechos de autor de la Asociación Dental

Estadounidense ("ADA"). La ADA puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones de CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclatura actualizados pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con la legislación federal.

Código	Descripción	El miembro paga
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación oral periódica - paciente establecido - Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario	Sin costo
D0140	Evaluación oral limitada - centrada en el problema - Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario	Sin costo
D0150	Evaluación oral integral - paciente nuevo o establecido - Una evaluación integral (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación	Sin costo
D0160	Evaluación oral detallada y extensa - centrada en el problema, por informe - Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario	Sin costo
D0170	Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no visita postoperatoria): dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario	Sin costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio postoperatorio - No es un servicio que se paga por separado	Sin costo
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o establecido - Una evaluación integral (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación	Sin costo
D0190	Examen de detección de un paciente: uno (D0190 o D0191) cada año calendario	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente: una (D0190 o D0191) cada año calendario	Sin costo
D0210	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas - Una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario	Sin costo

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

Código	Descripción	El miembro paga
D0220	Intraoral - primera imagen radiográfica periapical - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y Un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0230	Intraoral - periapical cada imagen radiográfica adicional - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y Un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0270	Ala de mordida - imagen radiográfica única - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y Un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0272	Alas de mordida - dos imágenes radiográficas - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0273	Alas de mordida - tres imágenes radiográficas - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y Un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0274	Alas de mordida - cuatro imágenes radiográficas - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y un juego de radiografías de aleta de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0277	Alas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas - Dos periapicales (D0220 o D0230) Y Un juego de radiografías de aletas de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario	Sin costo
D0330	Imagen radiográfica panorámica - Una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival mediante medición: una cada 2 años calendario	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar: una cada 2 años calendario	Sin costo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo: uno (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario	Sin costo

Código	Descripción	El miembro paga
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado: uno (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario	Sin costo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo: uno (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario	Sin costo
D0701	Imagen radiográfica panorámica - solo captura de imágenes - No es un servicio de pago por separado	Sin costo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D - solo captura de imágenes - No es un servicio de pago por separado	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica oral/facial en 2D obtenida intraoral o extraoralmente - solo captura de imágenes - No es un servicio de pago por separado	Sin costo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral - solo captura de imágenes - No es un servicio que se paga por separado	Sin costo
D0706	Intraoral - imagen radiográfica oclusal - solo captura de imágenes - No es un servicio de pago por separado	Sin costo
D0707	Intraoral - imagen radiográfica periapical - solo captura de imágenes - No es un servicio de pago por separado	Sin costo
D0708	Intraoral - imagen radiográfica de aleta de mordida - solo captura de imágenes - No es un servicio que se paga por separado	Sin costo
D0709	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas - solo captura de imágenes - No es un servicio que se paga por separado	Sin costo
D1000-D1999	II. PREVENTIVO	
D1110	Profilaxis para adultos - Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor - Dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de flúor - excluyendo barniz - Dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario	Sin costo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales - Uno cada año calendario	Sin costo

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

Código	Descripción	El miembro paga
D1330	Instrucciones de higiene bucal: una cada año calendario	Sin costo
D2000-D2999	III. RESTAURADOR - Incluye pulido, todos los adhesivos y agentes adhesivos, recubrimiento indirecto de pulpa, bases, revestimientos y procedimientos de grabado ácido. - Dos procedimientos de llenado cada año calendario (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393 o D2394)	
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	\$20.00
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	\$26.00
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes	\$31.00
D2161	Amalgama: cuatro superficies, primarias o permanentes	\$36.00
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$19.00
D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	\$23.00
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	\$27.00
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies (anterior)	\$32.00
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	\$44.00
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	\$21.00
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	\$27.00
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	\$32.00
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	\$37.00
D3000-D3999	IV. ENDODONCIA - No cubierto	
D4000-D4999	V. PERIODONCIA - Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local.	
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante - Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario	\$30.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - de uno a tres dientes por cuadrante - Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario	\$21.00

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

Código	Descripción	El miembro paga
D4346	Descamación en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca llena, después de la evaluación oral - Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario	Sin costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y un diagnóstico en la visita posterior: uno cada 2 años calendario	\$17.00
D4910	Mantenimiento periodontal: dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario	\$21.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante - No es un servicio que se paga por separado	\$5.00
D5000-D5899	VI. PROSTODONCIA (removible) - No cubierto	
D5900-D5999	VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - No cubiertas	
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES - No cubierto	
D6200-D6999	IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituye una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente]) - No cubierto	
D7000-D7999	X. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL - Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local. - Tres extracciones cada año calendario (D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251) - One extraction per tooth per lifetime (D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 or D7251)	
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción de fórceps)	\$20.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso y/o sección del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado	\$44.00
D7220	Extracción de diente impactado - tejido blando	\$54.00
D7230	Extracción de diente impactado - parcialmente óseo	\$72.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	\$85.00
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$98.00
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	\$48.00

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

Código	Descripción	El miembro paga
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados	\$96.00
D7259	Disección nerviosa: cuando la disección nerviosa se realiza con D7241, la tarifa de la disección nerviosa está incluida en la tarifa de la extracción	Sin costo
D8000-D8999	XI. ORTODONCIA - No cubierto	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS	
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - menor - Uno por día	\$18.00
D9211	Anestesia de bloqueo regional: incluida en la tarifa por servicio completo	Sin costo
D9212	Anestesia en bloque por división del trigémino: incluida en la tarifa por servicio completado	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos o quirúrgicos - Incluido en la tarifa por servicio completado	Sin costo

Si los servicios para un procedimiento enumerado son realizados por el dentista contratado asignado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos enumerados que requieren que un dentista brinde servicios especializados y son referidos por el dentista contratado asignado, deben ser autorizados por Delta Dental. El Afiliado paga el Copago especificado para dichos servicios.

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

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

Vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido 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 usarse 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. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web www.elitehealthplan.com/pharmacies) y/o llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY 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 sale de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el Directorio de [farmacias](#). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com/pharmacies.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Tribal / Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, vaya a su www.elitehealthplan.com/pharmacies del Directorio de Farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días en medicamentos de los niveles 1, 2, 3 y 6.**

- Para obtener formularios de pedido por correo e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com/pharmacies. Noe: El Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y el Nivel 5 (Especialidad) no están disponibles a través de pedidos por correo.

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia por correo en no más de 14 días. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711).

- **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento de inmediato o en un momento posterior. Es importante responder cada vez que la farmacia se comuniquen con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.
- **Resurtidos de recetas por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinden servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se almacena regularmente en una farmacia minorista o de pedido 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 queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y el formulario y si una farmacia de la red no está disponible.
- Los surtidos fuera de la red están limitados a un suministro de 30 días y se evaluarán caso por caso.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero). 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 tiene una Lista de medicamentos cubiertos (formulario). En esta Evidencia de Cobertura, **la llamamos la Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son 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 muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que es:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta, o
- Respaldo por ciertas referencias, como la información de medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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 un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que

pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están 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, vaya a 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 está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis (6) niveles de costos compartidos para medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos: Genérico preferido. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).
- Nivel 2 de costos compartidos: Genérico. 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 costo compartido: medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costos compartidos: Nivel especial. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).
- Nivel 6 de costos compartidos: Medicamentos seleccionados para el cuidado. Este nivel incluye medicamentos seleccionados para ayudar a promover la salud y la adherencia.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

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

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

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no está en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) para averiguar si lo cubrimos.
- Visite el sitio web de nuestro plan www.elitehealthplan.com/formulary La lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.
- Use la www.elitehealthplan.com/RTPB "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711).
- También puede enviar un correo electrónico a MemberServices@elitehealthplan.com y solicitar 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, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar medicamentos de la manera más efectiva. 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 funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que renunciemos a la restricción por usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Podemos o no aceptar renunciar a la restricción por usted. (Vaya al Capítulo 9).

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar medicamentos de la manera más efectiva. 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 funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) o en nuestro sitio web www.elitehealthpla.com/formulary.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta 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 médica, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711) o en nuestro sitio web www.elitehealthplan.com/formulary.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos

limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

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

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

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que puede hacer:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de suministro de un mes o suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro de medicamentos de hasta un mes o 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en

cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- **Para aquellos miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención y/o deben hacer la transición de un centro o sitio de tratamiento a otro:** cubriremos un suministro temporal de 30 días, o menos si su receta está escrita para menos días, independientemente de si se encuentra o no dentro de sus primeros 90 días de inscripción. Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

Nuestro plan designó uno de sus niveles como nivel de especialidad para medicamentos únicos/de alto costo y está eximiendo ese nivel del proceso de excepciones: Los medicamentos en nuestro Nivel 5 – Nivel de Especialidad está designado como el nivel de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatos en un medicamento similar 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 de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y decírselo más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o le hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos** Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o informarle sobre el cambio y cubriremos un suministro de un mes (30) días para surtir la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o informarle sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de un mes (30) días de suministro del medicamento que está tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, vaya al Capítulo 9.

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

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

- Movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que toma (excepto por retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se excluyen algunos tipos de *medicamentos recetados*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo, excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por los cuales se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se proporciona más información.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de 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 para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas asociadas o servicios de monitoreo deben comprarse solo al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan ofrece el medicamento excluido de la Parte D sildenafil en tres concentraciones (25 mg, 50 mg y 100 mg) en el nivel de copago de nivel dos y un límite de cantidad de seis (6) tabletas por mes. La cantidad que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo 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, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre números de teléfono e 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 membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta. Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. A continuación, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestro plan.

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que usa, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *directorio de farmacias* www.elitehealthplan.com/pharmacies averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan grupal para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso 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 acreditable.

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

Guarde todos los avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras 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 le proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo

- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de cierto médico (s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas 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 dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. 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 sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vaya al Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor

relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede 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 que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decides no participar, notifícanos y te retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711).

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

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

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un inserto por separado, llamado Anexo de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados (también conocido como Anexo de subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711) y pregunte por la cláusula adicional LIS.

Usamos "droga" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan. Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.elitehealthplan.com/RTPB), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (TTY 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **El deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - 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 por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de \$2100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza para medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare

- Pagos de 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 la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de descuento para fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711).

Seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$2100, la EOB de la *Parte D* le dirá que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Elite Health Plan Signature (HMO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo Elite Health Plan Signature (HMO). La cantidad que pague por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

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

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

- **Costos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de 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 del empleador o sindicato, 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 de 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 de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo, dénos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.

- Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Consulta el informe escrito que te enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

No hay deducible para Elite Health Plan Signature (HMO).

Comienza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Vaya a la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

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

Nuestro plan tiene seis (6) niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos: Genérico preferido. Este nivel incluye medicamentos genéricos (el nivel más bajo).

- Nivel 2 de costos compartidos: Genérico. 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 costo compartido: medicamento no preferido. Este nivel incluye medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costos compartidos: Nivel especial. Este nivel incluye medicamentos especializados (el nivel más alto).
- Nivel 6 de costos compartidos: Medicamentos seleccionados para el cuidado. Este nivel incluye medicamentos seleccionados para ayudar a promover la salud y la adherencia.

Por cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no pagará más del 25% del costo del medicamento o hasta **\$35** por un suministro de 30 días, **\$70** por un suministro de 31 a 60 días y **\$105** por un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, vaya al Capítulo 5 y al Directorio de farmacias de nuestro plan www.elitehealthplan.com/pharmacies

Sección 5.2 Sus costos para un *un mes* suministro de un medicamento cubierto

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

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

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

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (hasta un suministro para 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 14 días)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Costos compartidos Nivel 2 Genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 de costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	\$35	\$35	\$35
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	\$98	\$98	\$98
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos especializados	33%	33%	33%
Medicamentos de costo compartido Tier 6 Select Care	\$0	\$0	\$0

No pagará más del 25% del costo total de la insulina o \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Vaya a la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro de un

mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense menos de un mes completo de suministro, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga 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 usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) Hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo Suministro de hasta 90 días
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	\$0	\$0
Costos compartidos Nivel 2 Genéricos	\$0	\$0
Nivel 3 de costos compartidos Medicamentos de marca preferidos	\$105	\$105

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) Hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo Suministro de hasta 90 días
Nivel 4 de costos compartidos Medicamentos no preferidos	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos especializados	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas
Medicamentos de costo compartido Tier 6 Select Care	\$0	\$0

No pagará más del 25% del costo del medicamento o \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2100. Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de bolsillo.

La EOB de la Parte D que obtenga lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso de \$2100 en un año. Le informaremos si alcanza esta cantidad. Vaya a 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, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$2100 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.
 - Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
 - Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el copago del nivel 2.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas : algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan en www.elitehealthplan.com o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
- 2. Dónde se recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién te da la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle 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 copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (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 administran la vacuna.

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

- 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 por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia)..

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le paguen. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos el proyecto de ley y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de lo que permite el plan de costos compartidos. Si se contrata a este proveedor, aún tiene derecho a tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

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

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgentes. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y preguntarle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y te piden que pagues más de lo que te corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, 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 puede haber ocurrido incluso el año pasado).

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, debe pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

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

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. Debe enviarnos su reclamo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para

Capítulo 7 Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.elitehealthplan.com en la sección Solicitar un reembolso para reclamos de farmacia o llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

Para reclamos de farmacia, envíe por correo a:

Envíe el formulario completo y los recibos a: MedImpact Healthcare Systems, Inc.
509108 de apartados de correos
San Diego, CA 92150-9108 Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

Para todas las demás reclamaciones:

Plan de salud de élite
Atención: Servicios para Miembros – Reembolso de Reclamos
Apartado de correos 1489
Naranja, CA. 92856

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos 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 cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en cualquier idioma que no sea el inglés según 42 CFR § 422.2267 (a): en idiomas que no sean inglés, incluido el español. Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711).

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que

sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Quejas y Apelaciones al 1-800-958-1129. (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan dentro de un período de tiempo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado Aviso de Práctica de Privacidad, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica. ¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?
- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
- Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; Por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos en poder de nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de prácticas de privacidad de Elite Health Plan

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Elite Health Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica y a proporcionarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entró en vigencia el 14 de mayo de 2013 y se revisó por última vez el 1 de agosto de 2025. Este aviso de privacidad está sujeto a cambios y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos o modifiquemos.

Protegiendo su privacidad

En Elite Health Plan, entendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y estamos comprometidos a usar su información médica de acuerdo con las leyes estatales y federales. Este Aviso explica cómo usamos su información médica y describe cómo podemos compartir su información médica con otras personas involucradas en su atención médica. Este Aviso también enumera sus derechos con respecto a su información médica y cómo puede ejercer esos derechos.

Información de salud protegida

A los efectos de este Aviso, "información de salud" o "información" se refiere a la Información de salud protegida o PHI. La información médica protegida se define como información que identifica quién es usted y se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención o el pago de la atención.

Cómo usamos su información médica

Elite Health Plan usa y comparte su información médica con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos permitidos o requeridos por las leyes federales, estatales o locales.

Tratamiento

Elite Health Plan puede usar o divulgar su información médica a proveedores de atención médica (médicos, hospitales, farmacias y otros cuidadores) que la soliciten en relación con su tratamiento sin su autorización por escrito. Tenga en cuenta que sus registros médicos se almacenan en el consultorio de su médico.

Estos son algunos ejemplos de cómo Elite Health Plan puede compartir su información:

- Podemos compartir información con su médico o grupo médico cuando sea necesario para que reciba tratamiento.
- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para que reciba la atención adecuada.
- Podemos compartir información sobre usted con los proveedores del plan involucrados en la prestación de sus servicios de atención médica. Esto incluye compartir su información de salud como parte de un intercambio de información de salud o "HIE" local, estatal o nacional.

Pago

Elite Health Plan puede usar y divulgar su información médica con el fin de pagar los servicios de atención médica que recibe, sin su autorización por escrito. Esto puede incluir el pago de reclamos, la elegibilidad, la administración de la utilización y las actividades de administración de la atención. Por ejemplo:

- Podemos proporcionar su información de elegibilidad a su grupo médico, para que se paguen de manera precisa y oportuna.

- Podemos compartir información sobre usted con un hospital para garantizar que las reclamaciones se facturen correctamente.
- Podemos proporcionar su información a una entidad externa para garantizar que su médico u hospital reciba un pago preciso y oportuno.

Operaciones de atención médica

Elite Health Plan puede usar y divulgar su información médica para respaldar diversas actividades comerciales sin su autorización por escrito. Las operaciones de atención médica son actividades relacionadas con las funciones comerciales normales de Elite Health Plan. Por ejemplo, podemos compartir información con otros para cualquiera de los siguientes propósitos:

- Actividades de gestión y mejora de la calidad, como actividades de acreditación y revisiones por pares,
- Contratación de actividades con proveedores y vendedores del plan,
- Investigación y estudios, como encuestas de satisfacción de los miembros,
- Actividades de cumplimiento y regulación,
- Actividades de gestión de riesgos,
- Estudios y programas de manejo de poblaciones y enfermedades, y
- Actividades de quejas y apelaciones.

Elite Health Plan no puede usar ni divulgar su información de salud genética para fines de suscripción.

Otros usos y divulgaciones permitidos

Elite Health Plan puede usar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito, para los siguientes propósitos en circunstancias limitadas:

- A las agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir datos, como para asegurarse de que Elite Health Plan esté realizando los pagos adecuados y para ayudar a los programas de Medicaid federales/estatales,
- Para actividades de salud pública, como informar brotes de enfermedades o socorro en casos de desastre,
- Para las actividades de supervisión de la atención médica del gobierno, como las investigaciones de fraude y abuso o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA),
- Para procedimientos judiciales, de arbitraje y administrativos, como en respuesta a una orden judicial, citación u orden de allanamiento,
- A un investigador de la corte testamentaria para determinar la necesidad de curatela o tutela,

- Para fines de aplicación de la ley, como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida,
- Para estudios de investigación que cumplan con todos los requisitos de la ley de privacidad, como la investigación relacionada con la prevención de enfermedades o discapacidades,
- Para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad,
- Para comunicarnos con usted sobre beneficios nuevos o modificados de Medicare y/o Elite Health Plan,
- Para contactarlo para recordarle visitas/entregas,
- Para crear una colección de información que ya no se puede rastrear hasta usted,
- Para fines cuando los problemas se refieren al abuso y negligencia de niños o ancianos,
- En casos de muerte, como un médico forense, un médico forense, un director de funeraria o una organización de obtención de órganos,
- Para funciones gubernamentales especializadas, como proporcionar información para actividades militares y de seguridad nacional,
- A reclamos o autoridades de compensación para trabajadores según lo exijan las leyes estatales de compensación para trabajadores,
- Al patrocinador del plan de un plan de salud grupal o plan de beneficios de bienestar para empleados,
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo custodia. Estos se permitirían si fuera necesario para brindarle servicios médicos o para la protección y seguridad de otros,
- A amigos o familiares en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o el pago de su atención médica, si no está disponible para aceptar la divulgación, como en una emergencia médica,
- Según lo exija la ley federal, estatal o local.

Otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, Elite Health Plan necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI.

Puede revocar su autorización en cualquier momento, siempre y cuando la solicitud de revocación sea por escrito y el plan no se haya basado en su autorización para tomar una acción específica.

Compartir su información médica con otros

Como parte de los negocios normales, Elite Health Plan comparte su información con proveedores de planes contratados (por ejemplo, grupos médicos, hospitales, compañías de administración de beneficios de farmacia, proveedores de servicios sociales, etc.). También compartiremos su PHI con otras compañías y socios

comerciales que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos usar su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para brindarle información sobre otros tratamientos u otros beneficios relacionados con la salud y servicios internos. Elite Health Plan también trabaja para garantizar que su PHI esté disponible para usted al cumplir con la Regla de Bloqueo de Información establecida por la Ley de Curas del Siglo 21.

Además, podemos usar y compartir su PHI directa o indirectamente con los intercambios de información de salud (HIE) para pagos, operaciones de atención médica y tratamiento. En todos los casos en que su información médica se comparte con los proveedores del plan, tenemos un contrato escrito que contiene un lenguaje diseñado para proteger la privacidad de su información médica. Los proveedores de nuestro plan están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica y proteger la privacidad de su información de acuerdo con las leyes estatales y federales, de manera similar a como Elite Health Plan protege su información médica.

Su elección sobre cómo compartimos su información

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en el Aviso. También tiene derecho a pedirnos que restrinjamos la información

que se nos ha pedido que proporcionemos a los miembros de su familia o a otras personas que estén involucradas en su atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si denegamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito con las razones específicas por las que se denegó la solicitud. Si estamos de acuerdo con su solicitud de restringir la información médica, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida para ese propósito, excepto cuando sea necesario para brindar tratamiento en caso de emergencia. Consulte la definición de "emergencia" en su Evidencia de cobertura. Tampoco tenemos que cumplir con su restricción si la ley nos exige divulgar la información o cuando la información es necesaria para su tratamiento. También tiene derecho a rescindir una solicitud de restricción que le hayamos concedido. Puede hacerlo llamándonos o escribiéndonos. También tenemos derecho a rescindir la restricción si usted está de acuerdo con ella o si le informamos por escrito que la estamos terminando. Si hacemos esto, solo se aplicará a la información médica que creemos o recibamos después de haberle informado. Su solicitud de restricción debe hacerse por escrito y debe proporcionarnos la información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Esto incluiría la información que desea restringir y a quién desea que se apliquen los límites.

Derecho a inspeccionar y copiar

- Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información de salud y reclamos que tenemos. Esto puede incluir registros utilizados para tomar cobertura, reclamos y otras decisiones como miembro de Elite Health Plan. Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Si desea ver, obtener una copia o cambiar sus reclamos y / o registros médicos, comuníquese con su proveedor.

Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Si llama al Departamento de Servicios para Miembros, le enviaremos un formulario para que lo utilice; (Los números de teléfono se enumeran a continuación en este aviso). O si lo prefiere, puede enviar su solicitud por escrito a:

Plan de salud de elite

Atención: Servicios para Miembros (Solicitud de inspección y copia)
Apartado de correos 1489
Naranja, CA. 92856

Si mantenemos un registro de salud electrónico que contiene su información de salud, tiene derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud a usted o a un tercero que usted identifique. Podemos cobrar una tarifa razonable por el costo

de producir la copia electrónica de su información médica y por el franqueo, si corresponde. Debe pagar esta tarifa antes de que le entreguemos las copias. También puede solicitar que le proporcionemos información resumida sobre su información médica protegida en lugar de toda la información. Si es así, debe pagarnos el costo de preparar esta información resumida antes de que se la entreguemos.

En ciertas situaciones, podemos denegar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito con las razones específicas por las que se denegó la solicitud. Nuestra carta para usted también incluirá información sobre cómo puede solicitar una revisión de nuestra denegación si tiene derecho a dicha revisión. Tiene derecho a solicitar una revisión de nuestra denegación solo en tres casos. Estos tres casos involucran situaciones en las que un profesional de la salud con licencia ha determinado que dicho acceso pondría en peligro su vida o su seguridad física o la de otra persona. Nuestra carta también le informará sobre cualquier otro derecho que tenga para presentar una queja. Estos son los mismos derechos descritos en este Aviso.

Derecho a solicitar una enmienda de PHI

Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Su solicitud debe enviarse a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a la dirección que figura en la sección "Quejas" de este Aviso.

Denegaremos su solicitud si no la presenta por escrito o si no incluye los motivos de su solicitud. También podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que sea (1) precisa y completa, (2) que no forme parte de la información médica que conserva Elite Health Plan, (3) que no forme parte de la información que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar, o (4) que no haya sido creada por Elite Health Plan, a menos que el creador de la información no esté disponible para modificarla.

Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Esta carta le dirá cómo puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También le informará sobre el derecho que tiene a presentar una declaración en desacuerdo con nuestra denegación y otros derechos que pueda tener.

Si aceptamos su solicitud de modificar la información, realizaremos los cambios solicitados en su enmienda. Pero primero nos pondremos en contacto con usted para identificar a las personas que desea notificar y obtener su aprobación para que lo hagamos. Haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros sobre la enmienda e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información médica por medios alternativos o a una ubicación alternativa (por ejemplo, correo a una dirección de apartado postal o fax a un número designado). Su solicitud debe hacerse por escrito y debe indicar claramente que si no se concede la solicitud, podría ponerlo en peligro. Elite Health Plan se adaptará a las solicitudes razonables.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones

Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones con respecto a su información médica. Por lo general, la contabilidad incluiría las divulgaciones que se encuentran en la sección titulada "Otros usos y divulgaciones permitidos". La contabilidad no cubrirá las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y las que usted haya autorizado.

Todas las solicitudes de contabilidad deben ser por escrito y deben incluir información específica necesaria para cumplir con su solicitud. Este requisito contable se aplica durante seis años a partir de la fecha de la divulgación, comenzando con las divulgaciones que ocurran después del 15 de octubre de 2025, a menos que solicite un período de tiempo menor. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable para producir el informe de divulgaciones. Antes de hacerlo, le notificaremos la tarifa y le daremos la oportunidad de retirar o limitar su solicitud para reducir la tarifa.

Derecho a recibir notificación de una violación de información médica protegida

Tiene derecho a recibir un aviso de la adquisición, el acceso o la divulgación no autorizados de su información médica. Elite Health Plan proporcionará los avisos legalmente requeridos de cualquier uso, adquisición, acceso o divulgación no autorizados de su información médica.

Derecho a copias de este Aviso.

Tiene derecho a recibir una copia adicional de este Aviso en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso de prácticas de privacidad o desea solicitar una copia adicional del Aviso, comuníquese con Servicios para miembros a los números de teléfono que se indican a continuación en este aviso: O puede escribir a:

Plan de salud de élite
Atención: Oficial de Privacidad/Cumplimiento
Apartado de correos 1489

Naranja, CA. 92856

O envíe un correo electrónico a la Oficina de Privacidad a
Compliance@elitehealthplan.com

O envíe un fax al 1-840-237-2980.

También puede visitar nuestro sitio web en línea y descargar una versión imprimible del Aviso en www.elitehealthplan.com

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA

Cómo quejarse de nuestras prácticas de privacidad

Si cree que Elite Health Plan ha violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Privacidad de Elite Health Plan.

Quejas a Elite Health Plan

Si desea presentar una queja ante nosotros, escríbanos a:

Plan de salud de élite
Atención: Oficina de Privacidad/Cumplimiento
Apartado de correos 1489
Naranja, CA. 92856

O correo electrónico
Compliance@elitehealthplan.com,

O envíe un fax al 1-840-237-2980

Si necesita ayuda para presentar una queja, puede llamar a Servicios para Miembros de Elite Health Plan a los números de teléfono que se indican a continuación en este aviso.

Quejas al Gobierno Federal

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Elite  Health

de EE. UU. para presentar una queja ante el gobierno federal.

Elite Health Plan apoya su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Presentar una queja no afectará sus beneficios bajo Elite Health Plan o Medicare.

Presente una queja ante el gobierno federal aquí:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Avenue, SW Room 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

- Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.
- o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Cambios a este Aviso

Los términos de este Aviso se aplican a todos los registros que contienen su información médica creados o retenidos por Elite Health Plan. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso de privacidad

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

Como miembro de Elite Signature HMO, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** 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 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre 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 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que pueda entender.

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

- **Para conocer todas tus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le sucede a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tienes derecho a decir lo que quieres que suceda si te encuentras en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede:

- Complete un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.

- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones antes de estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo configurar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. Elite Signature HMO acepta la Directiva Avanzada de Salud de California que se puede encontrar en nuestro sitio web www.elitehealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-958-1129 (los usuarios de TTY llaman al 711) para solicitar los formularios.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado 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 nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, regale copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle la atención o discriminarlo en función de si firmó o no una directiva anticipada.

Si no se siguen las instrucciones

Si 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 Administrada. [Departamento de Atención Médica Administrada de California > presentar una queja > queja del proveedor contra un plan > presentar una queja del proveedor.](#)

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga, solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se *trata de* discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711)**
- **Llame a su SHIP local al**
 - Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles: (800) 510-2020
 - Oficina de Envejecimiento del Condado de Riverside: (951) 867-3800
 - Servicios para adultos y adultos mayores del condado de San Bernardino: (909) 891-3900
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-958-1129 (TTY 711)**
- **Llame a su SHIP local al**
 - Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Los Ángeles: (800) 510-2020
 - Oficina de Envejecimiento del Condado de Riverside: (951) 867-3800
 - Servicios para adultos y adultos mayores del condado de San Bernardino: (909) 891-3900
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para 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) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D .
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de 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 sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sé considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos. Elite Health Plan no cancela la inscripción de los miembros por falta de pago de las multas por inscripción tardía de la Parte D.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

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

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correcta, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarte. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

- Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿Es su problema o preocupación sobre 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 están cubiertos 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 de cobertura y apelaciones

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. 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 el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro 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 un aviso de denegación estándar para este

especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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 se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita.

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

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

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en tu nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si pides que se retire tu solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente 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, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
 - **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711) y solicite el *formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf , o en nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com. o atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o médico puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

[Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.elitehealthplan.com/forms/downloads/cms1696.pdf) o visítenos en el sitio web de nuestro plan www.elitehealthplan.com Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o 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 una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiera brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Haz una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le dice que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Haz una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se llama **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación acelerada.**

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cobertura rápida dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura *rápida* solo si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para recuperar la función.

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

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

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita la 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 de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos 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 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico que

esté sujeto a sus reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Te llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo hacer 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.

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que 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 negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta dentro de los **7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, te

lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, 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

Plazo legal:

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. 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 llama **su expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida 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 recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si 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 su apelación. 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 su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud**: si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 5.3.

Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

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

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

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vaya al Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto* o el *medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Plazo legal:

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no está 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 otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura de un medicamento que no está 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**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deberá explicarle las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí hay 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u

otro profesional que receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica al Nivel 5. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento en nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como 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 costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - Si nuestro plan designó uno de sus niveles como nivel de especialidad y está eximiendo ese nivel del proceso de excepciones, incluya el siguiente texto: No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ningún medicamento en el Nivel 5 - Medicamentos de especialidad.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emita recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emita recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no aprobaremos* su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe 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 de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debes estar pidiendo un medicamento que aún no obtuviste. (No puedes pedir rápida decisión de cobertura de que se le reembolse un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de la persona que emite recetas, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le dice cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a la recepción.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web www.elitehealthplan.com. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emita recetas) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La sección 4 indica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que emita recetas puede enviarnos el estado de cuenta por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando una declaración por fax o por correo si es necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 7 días calendario. Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emita recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-888-807-5705 (TTY 711)).** El capítulo 2 tiene 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 web www.elitehealthplan.com/drugcoverage. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Podemos cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos 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 solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar 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 de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos 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 una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar el pago dentro de los **30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

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

Sección 6.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Plazo legal:

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que emita recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito.
- 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 administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama **su expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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 analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, la organización debe 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 darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice no a su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmando la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**).

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le 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 llevar su apelación más allá.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 **Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto**

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de irse.

- El día en que sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- If you think you're being asked to leave the hospital too soon, you can ask for a longer hospital stay, and your request will be considered.

Section 7.1 **During your inpatient hospital stay, you'll get a written notice from Medicare that tells you about your rights**

Within 2 calendar days of being admitted to the hospital, you'll be given a written notice called *An Important Message from Medicare about Your Rights*. Everyone with Medicare gets a copy of this notice. If you don't get the notice from someone at the hospital (for example, a caseworker or nurse), ask any hospital employee for it. If you

need help, call Member Services 1-800-958-1129 (TTY 711) or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY users call 1-877-486-2048).

1. Read this notice carefully and ask questions if you don't understand it. It tells you:

- Your right to get Medicare-covered services during and after your hospital stay, as ordered by your doctor. This includes the right to know what these services are, who will pay for them, and where you can get them.
- Your right to be involved in any decisions about your hospital stay.
- Where to report any concerns you have about the quality of your hospital care.
- Your right to **request an immediate review** of the decision to discharge you if you think you're being discharged from the hospital too soon. This is a formal, legal way to ask for a delay in your discharge date, so we'll cover your hospital care for a longer time.

2. You'll be asked to sign the written notice to show that you got it and understand your rights.

- You or someone who is acting on your behalf will be asked to sign the notice.
- Signing the notice shows *only* that you got the information about your rights. The notice doesn't give your discharge date. Signing the notice **doesn't mean** you're agreeing on a discharge date.

3. Keep your copy of the notice so you have the information about making an appeal (or reporting a concern about quality of care) if you need it.

- If you sign the notice more than 2 calendar days before your discharge date, you'll get another copy before you're scheduled to be discharged.
- To look at a copy of this notice in advance, call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711) or 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY users call 1-877-486-2048). You can also get the notice online at www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Section 7.2 How to make a Level 1 appeal to change your hospital discharge date

To ask us to cover your inpatient hospital services for a longer time, use the appeals process to make this request. Before you start, understand what you need to do and what the deadlines are.

- **Follow the process**
- **Meet the deadlines**
- **Ask for help if you need it.** If you have questions or need help, call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711). Or call your State Health Insurance

Assistance Program (SHIP) for personalized help California Department of Aging
SHIP contact information is available in Chapter 2, Section 3.

During a Level 1 appeal, the Quality Improvement Organization reviews your appeal. It checks to see if your planned discharge date is medically appropriate for you. The **Quality Improvement Organization** is a group of doctors and other health care professionals paid by the federal government to check on and help improve the quality of care for people with Medicare. This includes reviewing hospital discharge dates for people with Medicare. These experts aren't part of our plan.

Step 1: Contact the Quality Improvement Organization for your state and ask for an immediate review of your hospital discharge. You must act quickly.

How can you contact this organization?

- The written notice you got (An Important Message from Medicare About Your Rights) tells you how to reach this organization. Or find the name, address, and phone number of the Quality Improvement Organization for your state in Chapter 2.

Act quickly:

- To make your appeal, you must contact the Quality Improvement Organization before you leave the hospital and **no later than midnight the day of your discharge**.
 - **If you meet this deadline**, you can stay in the hospital after your discharge date without paying for it while you wait to get the decision from the Quality Improvement Organization.
 - **If you don't meet this deadline, contact us.** If you decide to stay in the hospital after your planned discharge date, you may have to pay the costs for hospital care you get after your planned discharge date.
- Once you ask for an immediate review of your hospital discharge the Quality Improvement Organization will contact us. By noon of the day after we're contacted, we'll give you a **Detailed Notice of Discharge**. This notice gives your planned discharge date and explains in detail the reasons why your doctor, the hospital, and we think it is right (medically appropriate) for you to be discharged on that date.
- You can get a sample of the **Detailed Notice of Discharge** by calling Member Services at 1-800-958-1129 (TTY users call 711) or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048.) Or you can get a sample notice online at www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Step 2: The Quality Improvement Organization conducts an independent review of your case.

- Health professionals at the Quality Improvement Organization (the *reviewers*) will ask you (or your representative) why you believe coverage for the services should continue. You don't have to prepare anything in writing, but you can if you want.
- The reviewers will also look at your medical information, talk with your doctor, and review information that we and the hospital gave them.
- By noon of the day after the reviewers told us of your appeal, you'll get a written notice from us that gives your planned discharge date. This notice also explains in detail the reasons why your doctor, the hospital, and we think it is right (medically appropriate) for you to be discharged on that date.

Step 3: Within one full day after it has all the needed information, the Quality Improvement Organization will give you its answer to your appeal.

What happens if the answer is yes?

- If the independent review organization says yes, **we must keep providing your covered inpatient hospital services for as long as these services are medically necessary.**
- You'll have to keep paying your share of the costs (such as deductibles or copayments if these apply). In addition, there may be limitations on your covered hospital services.

What happens if the answer is no?

- If the independent review organization says *no*, they're saying that your planned discharge date is medically appropriate. If this happens, **our coverage for your inpatient hospital services will end** at noon on the day *after* the Quality Improvement Organization gives you its answer to your appeal.
- If the independent review organization says *no* to your appeal and you decide to stay in the hospital, **you may have to pay the full cost** of hospital care you get after noon on the day after the Quality Improvement Organization gives you its answer to your appeal.

Step 4: If the answer to your Level 1 appeal is no, you decide if you want to make another appeal.

- If the Quality Improvement Organization said *no* to your appeal, *and* you stay in the hospital after your planned discharge date, you can make another appeal. Making another appeal means you are going on to *Level 2* of the appeals process.

Section 7.3 How to make a Level 2 appeal to change your hospital discharge date

During a Level 2 appeal, you ask the Quality Improvement Organization to take another look at its decision on your first appeal. If the Quality Improvement Organization turns down your Level 2 appeal, you may have to pay the full cost for your stay after your planned discharge date.

Step 1: Contact the Quality Improvement Organization again and ask for another review.

- You must ask for this review **within 60 calendar days** after the day the Quality Improvement Organization said *no* to your Level 1 appeal. You can ask for this review only if you stay in the hospital after the date your coverage for the care ended.

Step 2: The Quality Improvement Organization does a second review of your situation.

- Reviewers at the Quality Improvement Organization will take another careful look at all the information about your appeal.

Step 3: Within 14 calendar days of receipt of your request for a Level 2 appeal, the reviewers will decide on your appeal and tell you it's decision.

If the independent review organization says yes:

- **We must reimburse you** for our share of the costs of hospital care you got since noon on the day after the date your first appeal was turned down by the Quality Improvement Organization. **We must continue providing coverage for your inpatient hospital care for as long as it is medically necessary.**
- You must continue to pay your share of the costs and coverage limitations may apply.

If the independent review organization says no:

- It means they agree with the decision they made on your Level 1 appeal. This is called upholding the decision.
- The notice you get will tell you in writing what you can do if you want to continue with the review process.

Step 4: If the answer is no, you need to decide whether you want to take your appeal further by going to Level 3.

- There are 3 additional levels in the appeals process after Level 2 (for a total of 5 levels of appeal). If you want to go to a Level 3 appeal, the details on how to do this are in the written notice you get after your Level 2 appeal decision.
- The Level 3 appeal is handled by an Administrative Law Judge or attorney adjudicator. Section 9 in this chapter tells more about Levels 3, 4, and 5 of the appeals process.

SECTION 8 How to ask us to keep covering certain medical services if you think your coverage is ending too soon

When you're getting covered **home health services, skilled nursing care, or rehabilitation care (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, you have the right to keep getting your services for that type of care for as long as the care is needed to diagnose and treat your illness or injury.

When we decide it's time to stop covering any of these 3 types of care for you, we're required to tell you in advance. When your coverage for that care ends, we'll stop paying our share of the cost for your care.

If you think we're ending the coverage of your care too soon, **you can appeal our decision**. This section tells you how to ask for an appeal.

Section 8.1 We'll tell you in advance when your coverage will be ending

Legal Term:

Notice of Medicare Non-Coverage. It tells you how you can ask for a **fast-track appeal**. Asking for a fast-track appeal is a formal, legal way to ask for a change to our coverage decision about when to stop your care.

- 1. You get a notice in writing** at least 2 calendar days before our plan is going to stop covering your care. The notice tells you:
 - The date when we'll stop covering the care for you.
 - How to ask for a fast-track appeal to ask us to keep covering your care for a longer period of time.
- 2. You, or someone who is acting on your behalf, will be asked to sign the written notice to show that you got.** Signing the notice shows *only* that you

have got the information about when your coverage will stop. **Signing it doesn't mean you agree** with our plan's decision to stop care.

Section 8.2 How to make a Level 1 appeal to have our plan cover your care for a longer time

If you want to ask us to cover your care for a longer period of time, you'll need to use the appeals process to make this request. Before you start, understand what you need to do and what the deadlines are.

- **Follow the process.**
- **Meet the deadlines.**
- **Ask for help if you need it.** If you have questions or need help, call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711). Or call your State Health Insurance Assistance Program (SHIP) for personalized help. Contact information for the California Department of SHIP contact information is available in Chapter 2, Section 3.

During a Level 1 appeal, the Quality Improvement Organization reviews your appeal. It decides if the end date for your care is medically appropriate. The **Quality Improvement Organization** is a group of doctors and other health care experts paid by the federal government to check on and help improve the quality of care for people with Medicare. This includes reviewing plan decisions about when it's time to stop covering certain kinds of medical care. These experts aren't part of our plan.

Step 1: Make your Level 1 appeal: contact the Quality Improvement Organization and ask for a *fast-track appeal*. You must act quickly.

How can you contact this organization?

- The written notice you got (*Notice of Medicare Non-Coverage*) tells you how to reach this organization. Or find the name, address, and phone number of the Quality Improvement Organization for your state in Chapter 2.

Act quickly:

- You must contact the Quality Improvement Organization to start your appeal **by noon of the day before the effective date** on the Notice of Medicare Non-Coverage.
- If you miss the deadline, and you want to file an appeal, you still have appeal rights. Contact the Quality Improvement Organization using the contact information on the Notice of Medicare Non-coverage. The name, address, and phone number of the Quality Improvement Organization for your state may also be found in Chapter 2.

Step 2: The Quality Improvement Organization conducts an independent review of your case.

Legal Term:

Detailed Explanation of Non-Coverage. Notice that gives details on reasons for ending coverage.

What happens during this review?

- Health professionals at the Quality Improvement Organization (the reviewers) will ask you, or your representative, why you believe coverage for the services should continue. You don't have to prepare anything in writing, but you can if you want.
- The independent review organization will also look at your medical information, talk with your doctor, and review information our plan gives them.
- By the end of the day the reviewers tell us of your appeal, you'll get the Detailed Explanation of Non-Coverage from us that explains in detail our reasons for ending our coverage for your services.

Step 3: Within one full day after they have all the information they need; the reviewers will tell you it's decision.

What happens if the reviewers say yes?

- If the reviewers say yes to your appeal, then **we must keep providing your covered services for as long as it's medically necessary.**
- You'll have to keep paying your share of the costs (such as deductibles or copayments if these apply). There may be limitations on your covered services.

What happens if the reviewers say no?

- If the reviewers say *no*, then **your coverage will end on the date we told you.**
- If you decide to keep getting the home health care, or skilled nursing facility care, or Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services *after* this date when your coverage ends, **you'll have to pay the full cost** of this care yourself.

Step 4: If the answer to your Level 1 appeal is no, you decide if you want to make another appeal.

- If reviewers say no to your Level 1 appeal – and you choose to continue getting care after your coverage for the care has ended – then you can make a Level 2 appeal.

Section 8.3 How to make a Level 2 appeal to have our plan cover your care for a longer time

During a Level 2 appeal, you ask the Quality Improvement Organization to take another look at the decision on your first appeal. If the Quality Improvement Organization turns down your Level 2 appeal, you may have to pay the full cost for your home health care, or skilled nursing facility care, or Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services *after* the date when we said your coverage would end.

Step 1: Contact the Quality Improvement Organization again and ask for another review.

- You must ask for this review **within 60 calendar days** after the day when the Quality Improvement Organization said *no* to your Level 1 appeal. You can ask for this review only if you continued getting care after the date your coverage for the care ended.

Step 2: The Quality Improvement Organization does a second review of your situation.

- Reviewers at the Quality Improvement Organization will take another careful look at all the information about your appeal.

Step 3: Within 14 calendar days of receipt of your appeal request, reviewers will decide on your appeal and tell you it's decision.

What happens if the independent review organization says yes?

- **We must reimburse you** for our share of the costs of care you got since the date when we said your coverage would end. **We must continue providing coverage** for the care for as long as it's medically necessary.
- You must continue to pay your share of the costs and there may be coverage limitations that apply.

What happens if the independent review organization says no?

- It means they agree with the decision made to your Level 1 appeal.
- The notice you get will tell you in writing what you can do if you want to continue with the review process. It will give you details about how to go to the next level of appeal, which is handled by an Administrative Law Judge or attorney adjudicator.

Step 4: If the answer is no, you'll need to decide whether you want to take your appeal further.

- There are 3 additional levels of appeal after Level 2, for a total of 5 levels of appeal. If you want to go on to a Level 3 appeal, the details on how to do this are in the written notice you get after your Level 2 appeal decision.
- The Level 3 appeal is handled by an Administrative Law Judge or attorney adjudicator. Section 9 tells more about Levels 3, 4, and 5 of the appeals process.

SECTION 9 Taking your appeal to Levels 3, 4, and 5

Section 9.1 Appeal Levels 3, 4, and 5 for Medical Service Requests

This section may be right for you if you made a Level 1 appeal and a Level 2 appeal, and both of your appeals were turned down.

If the dollar value of the item or medical service you appealed meets certain minimum levels, you may be able to go on to additional levels of appeal. If the dollar value is less than the minimum level, you can't appeal any further. The written response you get to your Level 2 appeal will explain how to make a Level 3 appeal.

For most situations that involve appeals, the last 3 levels of appeal work in much the same way as the first 2 levels. Here's who handles the review of your appeal at each of these levels.

Level 3 appeal

An **Administrative Law Judge** or an attorney adjudicator who works for the federal government will review your appeal and give you an answer.

- **If the Administrative Law Judge or attorney adjudicator says yes to your appeal, the appeals process *may or may not* be over.** Unlike a decision at a Level 2 appeal, we have the right to appeal a Level 3 decision that's favorable to you. If we decide to appeal, it will go to a Level 4 appeal.
 - If we decide *not* to appeal, we must authorize or provide you with the medical care within 60 calendar days after we get the Administrative Law Judge's or attorney adjudicator's decision.
 - If we decide to appeal the decision, we'll send you a copy of the Level 4 appeal request with any accompanying documents. We may wait for the Level 4 appeal decision before authorizing or providing the medical care in dispute.
- **If the Administrative Law Judge or attorney adjudicator says no to your appeal, the appeals process *may or may not* be over.**
 - If you decide to accept the decision that turns down your appeal, the appeals process is over.

- If you don't want to accept the decision, you can continue to the next level of the review process. The notice you get will tell you what to do for a Level 4 appeal.

Level 4 appeal

The **Medicare Appeals Council** (Council) will review your appeal and give you an answer. The Council is part of the federal government.

- **If the answer is yes, or if the Council denies our request to review a favorable Level 3 appeal decision, the appeals process may or may not be over.** Unlike a decision at Level 2, we have the right to appeal a Level 4 decision that is favorable to you. We'll decide whether to appeal this decision to Level 5.
 - If we decide not to appeal the decision, we must authorize or provide you with the medical care within 60 calendar days after getting the Council's decision.
 - If we decide to appeal the decision, we'll let you know in writing.
- **If the answer is no or if the Council denies the review request, the appeals process may or may not be over.**
 - If you decide to accept this decision that turns down your appeal, the appeals process is over.
 - If you don't want to accept the decision, you may be able to continue to the next level of the review process. If the Council says no to your appeal, the notice you get will tell you whether the rules allow you to go to a Level 5 appeal and how to continue with a Level 5 appeal.

Level 5 appeal

A judge at the **Federal District Court** will review your appeal.

- A judge will review all the information and decide yes or no to your request. This is a final answer. There are no more appeal levels after the Federal District Court.

Section 9.2 Appeal Levels 3, 4, and 5 for Part D Drug Requests

This section may be right for you if you made a Level 1 appeal and a Level 2 appeal, and both of your appeals were turned down.

If the value of the drug you appealed meets a certain dollar amount, you may be able to go to additional levels of appeal. If the dollar amount is less, you can't appeal any further. The written response you get to your Level 2 appeal will explain who to contact and what to do to ask for a Level 3 appeal.

For most situations that involve appeals, the last 3 levels of appeal work in much the same way as the first 2 levels. Here's who handles the review of your appeal at each of

these levels.

Level 3 appeal

An Administrative Law Judge or an attorney adjudicator who works for the federal government will review your appeal and give you an answer.

- **If the answer is yes, the appeals process is over.** We must **authorize or provide the drug coverage** that was approved by the Administrative Law Judge or attorney adjudicator **within 72 hours (24 hours for expedited appeals) or make payment no later than 30 calendar days** after we get the decision.
- **If the answer is no, the appeals process may or may not be over.**
 - If you decide to accept the decision that turns down your appeal, the appeals process is over.
 - If you don't want to accept the decision, you can continue to the next level of the review process. The notice you get will tell you what to do for a Level 4 appeal.

Level 4 appeal

The **Medicare Appeals Council (Council)** will review your appeal and give you an answer. The Council is part of the federal government.

- **If the answer is yes, the appeals process is over.** We must **authorize or provide the drug coverage** that was approved by the Council **within 72 hours (24 hours for expedited appeals) or make payment no later than 30 calendar days** after we get the decision.
- **If the answer is no, the appeals process *may or may not* be over.**
 - If you decide to accept the decision that turns down your appeal, the appeals process is over.
 - If you don't want to accept the decision, you may be able to continue to the next level of the review process. If the Council says no to your appeal or denies your request to review the appeal, the notice will tell you whether the rules allow you to go on to a Level 5 appeal. It will also tell you who to contact and what to do next if you choose to continue with your appeal.

Level 5 appeal

A judge at the **Federal District Court** will review your appeal.

- A judge will review all the information and decide *yes* or *no* to your request. This is a final answer. There are no more appeal levels after the Federal District Court.

Making complaints

SECTION 10 How to make a complaint about quality of care, waiting times, customer service, or other concerns

Section 10.1 What kinds of problems are handled by the complaint process?

The complaint process is *only* used for certain types of problems. This includes problems about quality of care, waiting times, and customer service. Here are examples of the kinds of problems handled by the complaint process.

Complaint	Example
Quality of your medical care	• Are you unhappy with the quality of the care you got (including care in the hospital)?
Respecting your privacy	• Did someone not respect your right to privacy or share confidential information?
Disrespect, poor customer service, or other negative behaviors	• Has someone been rude or disrespectful to you? • Are you unhappy with our Member Services? • Do you feel you're being encouraged to leave our plan?
Waiting times	• Are you having trouble getting an appointment, or waiting too long to get it? • Have you been kept waiting too long by doctors, pharmacists, or other health professionals? Or by our Member Services or other staff at our plan? ○ Examples include waiting too long on the phone, in the waiting or exam room, or getting a prescription.
Cleanliness	• Are you unhappy with the cleanliness or condition of a clinic, hospital, or doctor's office?
Information you get from us	• Did we fail to give you a required notice? • Is our written information hard to understand?
Timeliness (These types of complaints are all about the <i>timeliness</i> of our actions related to coverage decisions and appeals)	If you asked for a coverage decision or made an appeal, and you think we aren't responding quickly enough, you can make a complaint about our slowness. Here are examples: • You asked us for a <i>fast coverage decision</i> or a <i>fast appeal</i>, and we said no; you can make a complaint.

Complaint	Example
	• You believe we aren't meeting the deadlines for coverage decisions or appeals; you can make a complaint. • You believe we aren't meeting deadlines for covering or reimbursing you for certain medical items or services or drugs that were approved; you can make a complaint. • You believe we failed to meet required deadlines for forwarding your case to the independent review organization; you can make a complaint.

Section 10.2 How to make a complaint

Legal Terms:

A **complaint** is also called a **grievance**.

Making a complaint is called **filing a grievance**.

Using the process for complaints is called **using the process for filing a grievance**.

A **fast complaint** is called an **expedited grievance**.

Step 1: Contact us promptly – either by phone or in writing.

- **Calling Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711) is usually the first step.** If there's anything else you need to do, Member Services will let you know.
- **If you don't want to call (or you called and weren't satisfied), you can put your complaint in writing and send it to us.** If you put your complaint in writing, we'll respond to your complaint in writing.
- The **deadline** for making a complaint is 60 calendar days from the time you had the problem you want to complain about.

Step 2: We look into your complaint and give you our answer.

- **If possible, we'll answer you right away.** If you call us with a complaint, we may be able to give you an answer on the same phone call.
- **Most complaints are answered within 30 calendar days.** If we need more information and the delay is in your best interest or if you ask for more time, **we can take up to 14 more calendar days** (44 calendar days total) to answer your complaint. If we decide to take extra days, we'll tell you in writing.
- **If you're making a complaint because we denied your request for a fast coverage decision or a fast appeal, we'll automatically give you a fast**

complaint. If you have a fast complaint, it means we'll give you **an answer within 24 hours.**

- **If we don't agree** with some or all of your complaint or don't take responsibility for the problem you're complaining about, we'll include our reasons in our response to you.

Section 10.3 You can also make complaints about quality of care to the Quality Improvement Organization

When your complaint is about quality of care, you have 2 extra options:

- **You can make your complaint directly to the Quality Improvement Organization.** The Quality Improvement Organization is a group of practicing doctors and other health care experts paid by the federal government to check and improve the care given to Medicare patients. Chapter 2 has contact information.

Or

- **You can make your complaint to both the Quality Improvement Organization and us at the same time.**

Section 10.4 You can also tell Medicare about your complaint

You can submit a complaint about Elite Health Plan Signature (HMO) directly to Medicare. To submit a complaint to Medicare, go to www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. You can also call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY/TDD users call 1-877-486-2048.

CHAPTER 10: Ending membership in our plan

SECTION 1 Ending your membership in our plan

Ending your membership in Elite Health Plan may be **voluntary** (your own choice) or **involuntary** (not your own choice):

- You might leave our plan because you decide you want to leave. Sections 2 and 3 give information on ending your membership voluntarily.
- There are also limited situations where we're required to end your membership. Section 5 tells you about situations when we must end your membership.

If you're leaving our plan, our plan must continue to provide your medical care and prescription drugs, and you'll continue to pay your cost share until your membership ends.

SECTION 2 When can you end your membership in our plan?

Section 2.1 You can end your membership during the Open Enrollment Period

You can end your membership in our plan during the **Open Enrollment Period** each year. During this time, review your health and drug coverage and decide about coverage for the upcoming year.

- **The Open Enrollment Period** is from **October 15 to December 7**.
- **Choose to keep your current coverage or make changes to your coverage for the upcoming year.** If you decide to change to a new plan, you can choose any of the following types of plans:
 - Another Medicare health plan, with or without drug coverage,
 - Original Medicare with a separate Medicare drug plan, or
 - Original Medicare without a separate Medicare drug plan.
 - If you choose this option and receive Extra Help, Medicare may enroll you in a drug plan, unless you opt out of automatic enrollment.

Note: If you disenroll from Medicare drug coverage and go without creditable prescription drug coverage for 63 or more days in a row, you may have to pay a Part D late enrollment penalty if you join a Medicare drug plan later.

- **Your membership will end in our plan** when your new plan's coverage starts on January 1.

Section 2.2 You can end your membership during the Medicare Advantage Open Enrollment Period

You can make one change to your health coverage during the **Medicare Advantage Open Enrollment Period** each year.

- **The Medicare Advantage Open Enrollment Period** is from January 1 to March 31 and also for new Medicare beneficiaries who are enrolled in an MA plan, from the month of entitlement to Part A and Part B until the last day of the 3rd month of entitlement.
- **During the Medicare Advantage Open Enrollment Period** you can:
 - Switch to another Medicare Advantage Plan with or without drug coverage.
 - Disenroll from our plan and get coverage through Original Medicare. If you switch to Original Medicare during this period, you can also join a separate Medicare drug plan at the same time.
- **Your membership will end** on the first day of the month after you enroll in a different Medicare Advantage plan, or we get your request to switch to Original Medicare. If you also choose to enroll in a Medicare drug plan, your membership in the drug plan will start the first day of the month after the drug plan gets your enrollment request.

Section 2.3 In certain situations, you can end your membership during a Special Enrollment Period

In certain situations, members of Elite Health Plan may be eligible to end their membership at other times of the year. This is known as a **Special Enrollment Period**. **You may be eligible to end your membership during a Special Enrollment Period** if any of the following situations apply. These are just examples. For the full list you can contact our plan, call Medicare, or visit www.Medicare.gov.

- Usually, when you move
- If you have Medi-Cal
- If you're eligible for Extra Help paying for Medicare drug coverage
- If we violate our contract with you
- If you're getting care in an institution, such as a nursing home or long-term care (LTC) hospital
- If you enroll in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

Note: If you're in a drug management program, you may not be able to change plans. Chapter 5, Section 10 tells you more about drug management programs.

Enrollment time periods vary depending on your situation.

To find out if you're eligible for a Special Enrollment Period, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048. If you're eligible to end your membership because of a special situation, you can choose to change both your Medicare health coverage and prescription drug coverage. You can choose:

- Another Medicare health plan with or without drug coverage,

- Original Medicare with a separate Medicare drug plan, or
- Original Medicare without a separate Medicare drug plan.

Note: If you disenroll from Medicare drug coverage and go without creditable prescription drug coverage for 63 days or more in a row, you may have to pay a Part D late enrollment penalty if you join a Medicare drug plan later.

- **Your membership will usually end** on the first day of the month after we get your request to change our plan.
- **If you get Extra Help from Medicare to pay your drugs coverage costs:** If you switch to Original Medicare and don't enroll in a separate Medicare drug plan, Medicare may enroll you in a drug plan, unless you opt out of automatic enrollment.

Section 2.4 Get more information about when you can end your membership

If you have questions about ending your membership you can:

- **Call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY users call 711)**
- Find the information in the **Medicare & You 2026** handbook
- Call **Medicare** at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048

SECTION 3 How to end your membership in our plan

The table below explains how you can end your membership in our plan.

To switch from our plan to:	Here's what to do:
Another Medicare health plan	• Enroll in the new Medicare health plan. • You'll automatically be disenrolled from Elite Signature HMO when your new plan's coverage starts.
Original Medicare <i>with</i> a separate Medicare drug plan	• Enroll in the new Medicare drug plan. • You'll automatically be disenrolled from Elite Signature HMO when your new drug plan's coverage starts.
Original Medicare <i>without</i> a separate Medicare drug plan	• Send us a written request to disenroll or call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711) if you need more information on how to do this.

To switch from our plan to:	Here's what to do:
	• You can also call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) and ask to be disenrolled. TTY users call 1-877-486-2048. • You'll be disenrolled from Elite Signature HMO when your coverage in Original Medicare starts.

SECTION 4 Until your membership ends, you must keep getting your medical items, services, and drugs through our plan

Until your membership ends, and your new Medicare coverage starts, you must continue to get your medical services, items, and prescription drugs through our plan.

- **Continue to use our network providers to get medical care.**
- **Continue to use our network pharmacies or mail order to get your prescriptions filled.**
- **If you're hospitalized on the day your membership ends, your hospital stay will be covered by our plan until you're discharged** (even if you're discharged after your new health coverage starts).

SECTION 5 Elite Health Plan must end our plan membership in certain situations

Elite Signature HMO must end your membership in our plan if any of the following happen:

- If you no longer have Medicare Part A and Part B
- If you move out of our service area
 - If you're away from our service area for more than 6 months If you move or take a long trip, call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY 711) to find out if the place you're moving or traveling to is in our plan's area
- If you become incarcerated (go to prison)
- If you're no longer a United States citizen or lawfully present in the United States
- If you lie or withhold information about other insurance, you have that provides prescription drug coverage
- If you intentionally give us incorrect information when you're enrolling in our plan, and that information affects your eligibility for our plan. (We can't make you leave our plan for this reason unless we get permission from Medicare first.)
- If you continuously behave in a way that's disruptive and makes it difficult for us to provide medical care for you and other members of our plan. (We can't make you leave our plan for this reason unless we get permission from Medicare first.)

- If you let someone else use your membership card to get medical care. (We can't make you leave our plan for this reason unless we get permission from Medicare first.)
 - If we end your membership because of this reason, Medicare may have your case investigated by the Inspector General.
 - We must notify you in writing that you have can't be less than 3 calendar months to pay our plan premium before we end your membership.
- If you're required to pay the extra Part D amount because of your income and you don't pay it, Medicare will disenroll you from our plan and you'll lose drug coverage.

If you have questions or want more information on when we can end your membership, call Member Services at 1-800-958-1129 (TTY users call 711).

Section 5.1 We can't ask you to leave our plan for any health-related reason

Elite Signature HMO isn't allowed to ask you to leave our plan for any health-related reason.

What should you do if this happens?

If you feel you're being asked to leave our plan because of a health-related reason, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048.

Section 5.2 You have the right to make a complaint if we end your membership in our plan

If we end your membership in our plan, we must tell you our reasons in writing for ending your membership. We must also explain how you can file a grievance or make a complaint about our decision to end your membership.

CHAPTER 11: **Legal notices**

SECTION 1 Notice about governing law

The principal law that applies to this Evidence of Coverage document is Title XVIII of the Social Security Act and the regulations created under the Social Security Act by the Centers for Medicare & Medicaid Services, (CMS). In addition, other federal laws may apply and, under certain circumstances, the laws of the state you live in. This may affect your rights and responsibilities even if the laws aren't included or explained in this document.

SECTION 2 Notice about nondiscrimination

We don't discriminate based on race, ethnicity, national origin, color, religion, sex, age, mental or physical disability, health status, claims experience, medical history, genetic information, evidence of insurability, or geographic location within the service area. All organizations that provide Medicare Advantage Plans, like our plan, must obey federal laws against discrimination, including Title VI of the Civil Rights Act of 1964, the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, the Americans with Disabilities Act, Section 1557 of the Affordable Care Act, all other laws that apply to organizations that get federal funding, and any other laws and rules that apply for any other reason.

If you want more information or have concerns about discrimination or unfair treatment, call the Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** at 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) or your local Office for Civil Rights. You can also review information from the Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights at www.HHS.gov/ocr/index.html.

If you have a disability and need help with access to care, call us at Member Services 1-800-958-1129 (TTY 711). If you have a complaint, such as a problem with wheelchair access, Member Services can help.

SECTION 3 Notice about Medicare Secondary Payer subrogation rights

We have the right and responsibility to collect for covered Medicare services for which Medicare is not the primary payer. According to CMS regulations at 42 CFR sections 422.108 and 423.462, Elite Health Plan Signature (HMO), as a Medicare Advantage Organization, will exercise the same rights of recovery that the Secretary exercises under CMS regulations in subparts B through D of part 411 of 42 CFR and the rules established in this section supersede any state laws.

SECTION 4 Binding Arbitration

New members who enroll with Elite Health Plan with an effective date that falls on or after March 1, 2008, receive within their post-enrollment materials an Arbitration Opt-Out Card that they may use to opt out of binding arbitration. These members have one opportunity to opt out of binding arbitration by returning the Arbitration Opt-Out Card to Elite Health Plan within 60- days of their Elite Health Plan enrollment application date, according to the instructions provided on the card.

The following description of binding arbitration applies to the following members:

- All members enrolled in Elite Health Plan who enrolled with an effective date prior to 3/1/08; and
- All members enrolled in Elite Health Plan with an effective date of 3/1/08 or after who have not expressly opted out of the binding arbitration process by submitting the Arbitration Opt-Out Card that was included within their post-enrollment materials at the time of enrollment.
- For all claims subject to this “Binding Arbitration” provision, both Claimants and Respondents (as defined below) give up the right to a jury or court trial and accept the use of binding arbitration. Insofar as this “Binding Arbitration” provision applies to claims asserted by Elite Health Plan Parties (as defined below), it shall apply retroactively to all unresolved claims that accrued before the effective date of this Evidence of Coverage. Such retroactive application shall be binding only on the Elite Scope of Arbitration Any dispute shall be submitted to binding arbitration if all of the following requirements are met:
 - The claim arises from or is related to an alleged violation of any duty incident to or arising out of or relating to this Evidence of Coverage or a Member Party’s (as defined below) relationship to Elite Health Plan, including any claim for medical or hospital malpractice (a claim that medical services were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), for premises liability, or relating to the coverage for, or delivery of, services, irrespective of the legal theories upon which the claim is asserted.
 - The claim is asserted by one or more Member Parties against one or more Elite Health Plan Parties or by one or more Elite Health Plan Parties against one or more Member Parties.
 - The claim is not within the jurisdiction of the small claims court.

- The claim is not subject to a Medicare appeal procedure. As referred to in this “Binding Arbitration” provision, “Member Parties” include: • A member. • A member’s heir, relative, or personal representative.
- Any person claiming that a duty to him or her arises from a member’s relationship to one or more Elite Health Plan Parties. “Elite Health Plan Parties” include:
 - Elite Health Plan.
 - Elite Group and any of its subsidiaries.
- Any employee or agent of any of the foregoing. “Claimant” refers to a Member Party or an Elite Health Plan Party who asserts a claim as described above. “Respondent” refers to a Member Party or an Elite Health Plan Party against whom a claim is asserted.

Arbitration Administered By JAMS Claimants shall submit any dispute subject to binding arbitration to JAMS (an organization that provides arbitration services) for resolution by final and binding arbitration before a single arbitrator. Any such dispute will not be resolved by a lawsuit or resort to court process, except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings.

Claimants shall initiate arbitration by submitting a demand for arbitration to JAMS. Please contact JAMS at the telephone number or email address provided below in order to submit a demand for arbitration.

The demand for arbitration shall include the basis of the claim against the Respondents; the amount of damages Claimants seek in the arbitration; the names, addresses, and telephone numbers of the Claimants and their attorneys, if any; and the names of all Respondents. Claimants shall include all claims against Respondents that are based on the same incident, transaction, or related circumstances in the demand for arbitration.

Administration of the arbitration will be performed by JAMS in accordance with the JAMS Comprehensive Arbitration Rules and Procedures. Claimants and Respondents will endeavor to mutually agree to the appointment of the arbitrator. But if an agreement cannot be reached within thirty (30) days following the date that demand for arbitration is made, the arbitrator appointment procedures in the JAMS Comprehensive Rules and Procedures will be used.

Arbitration hearings will be held in Los Angeles, California or at another location that Claimants and Respondents agree to in writing. Civil discovery may be taken in the

arbitration as provided by California law and California Code of Civil Procedure. The arbitrator selected will have the power to control the time, scope, and manner of the taking of discovery. The arbitrator will also have the same powers to enforce the parties' respective duties concerning discovery as would a Superior Court of California, including but not limited to, imposing sanctions. The arbitrator will have the power to grant all remedies provided by California law.

The arbitrator will prepare in writing an award that includes the legal and factual reasons for the decision. The award will include the allocation of the proceeding's fee and expenses between parties. The requirement of binding arbitration will not preclude a party from seeking a temporary restraining order or preliminary injunction or other provisional remedies from a court with jurisdiction. However, any and all other claims or causes of action, including but not limited to those seeking damages, will be subject to binding arbitration as provided herein. The Federal Arbitration Act, 9 U.S.C. §§ 1–16, will apply to the arbitration.

Should you have any questions regarding initiating binding arbitration, please contact JAMS at 1-800-352-5267, or on the Internet at www.jamsadr.com.

CHAPTER 12: **Definitions**

Ambulatory Surgical Center – An Ambulatory Surgical Center is an entity that operates exclusively for the purpose of furnishing outpatient surgical services to patients not requiring hospitalization and whose expected stay in the center doesn't exceed 24 hours.

Appeal – An appeal is something you do if you disagree with our decision to deny a request for coverage of health care services or prescription drugs or payment for services or drugs you already got. You may also make an appeal if you disagree with our decision to stop services that you're getting.

Balance Billing – When a provider (such as a doctor or hospital) bills a patient more than our plan's allowed cost-sharing amount. As a member of Elite Health Plan, you only have to pay our plan's cost-sharing amounts when you get services covered by our plan. We don't allow providers to **balance bill** or otherwise charge you more than the amount of cost sharing our plan says you must pay.

Benefit Period –way that both our plan and Original Medicare measures your use of hospital and skilled nursing facility (SNF) services. A benefit period begins the day you go into a hospital or skilled nursing facility. The benefit period ends when you haven't gotten any inpatient hospital care (or skilled care in a SNF) for 60 days in a row. If you go into a hospital or a skilled nursing facility after one benefit period has ended, a new benefit period begins. There is no limit to the number of benefit periods.

Biological Product – A prescription drug that is made from natural and living sources like animal cells, plant cells, bacteria, or yeast. Biological products are more complex than other drugs and can't be copied exactly, so alternative forms are called biosimilars. (go to "**Original Biological Product**" and "**Biosimilar**").

Biosimilar – A biological product that's very similar, but not identical, to the original biological product. Biosimilars are as safe and effective as the original biological product. Some biosimilars may be substituted for the original biological product at the pharmacy without needing a new prescription (go to "**Interchangeable Biosimilar**").

Brand Name Drug – A prescription drug that is manufactured and sold by the pharmaceutical company that originally researched and developed the drug. Brand name drugs have the same active-ingredient formula as the generic version of the drug. However, generic drugs are manufactured and sold by other drug manufacturers and are generally not available until after the patent on the brand name drug has expired.

Catastrophic Coverage Stage – The stage in the Part D Drug Benefit that begins when you (or other qualified parties on your behalf) have spent \$2100 for Part D covered drugs during the covered year. During this payment stage, you pay nothing for your covered Part D drugs and for excluded drugs that are covered under our enhanced benefit.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – The federal agency that

administers Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) – C-SNPs are SNPs that restrict enrollment to MA eligible people who have specific severe and chronic diseases.

Coinsurance – An amount you may be required to pay, expressed as a percentage (for example 20%) as your share of the cost for services or prescription drugs.

Complaint - The formal name for making a complaint is **filing a grievance**. The complaint process is used *only* for certain types of problems. This includes problems about quality of care, waiting times, and the customer service you get. It also includes complaints if our plan doesn't follow the time periods in the appeal process.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) – A facility that mainly provides rehabilitation services after an illness or injury, including physical therapy, social or psychological services, respiratory therapy, occupational therapy and speech-language pathology services, and home environment evaluation services.

Copayment (or copay) – An amount you may be required to pay as your share of the cost for a medical service or supply, like a doctor's visit, hospital outpatient visit, or a prescription drug. A copayment is a set amount (for example \$10), rather than a percentage.

Cost Sharing – Cost sharing refers to amounts that a member has to pay when services or drugs are gotten. Cost sharing includes any combination of the following 3 types of payments: 1) any deductible amount a plan may impose before services or drugs are covered; 2) any fixed copayment amount that a plan requires when a specific service or drug is gotten; or 3) any coinsurance amount, a percentage of the total amount paid for a service or drug, that a plan requires when a specific service or drug is gotten.

Cost-Sharing Tier – Every drug on the list of covered drugs is in one of 6 cost-sharing tiers. In general, the higher the cost-sharing tier, the higher your cost for the drug.

Coverage Determination – A decision about whether a drug prescribed for you is covered by our plan and the amount, if any, you're required to pay for the prescription. In general, if you bring your prescription to a pharmacy and the pharmacy tells you the prescription isn't covered under our plan, that isn't a coverage determination. You need to call or write to our plan to ask for a formal decision about the coverage. Coverage determinations are called **coverage decisions** in this document.

Covered Drugs – The term we use to mean all the prescription drugs covered by our plan.

Covered Services – The term we use to mean all the health care services and supplies that are covered by our plan.

Creditable Prescription Drug Coverage – Prescription drug coverage (for example, from an employer or union) that is expected to pay, on average, at least as much as Medicare's standard prescription drug coverage. People who have this kind of coverage when they become eligible for Medicare can generally keep that coverage without

paying a penalty if they decide to enroll in Medicare prescription drug coverage later.

Custodial Care – Custodial care is personal care provided in a nursing home, hospice, or other facility setting when you don't need skilled medical care or skilled nursing care. Custodial care, provided by people who don't have professional skills or training, includes help with activities of daily living like bathing, dressing, eating, getting in or out of a bed or chair, moving around, and using the bathroom. It may also include the kind of health-related care that most people do themselves, like using eye drops. Medicare doesn't pay for custodial care.

Daily cost-sharing rate – A daily cost-sharing rate may apply when your doctor prescribes less than a full month's supply of certain drugs for you and you're required to pay a copayment. A daily cost-sharing rate is the copayment divided by the number of days in a month's supply. Here is an example: If your copayment for a one-month supply of a drug is \$30, and a one-month's supply in our plan is 30 days, then your daily cost-sharing rate is \$1 per day.

Deductible – The amount you must pay for health care or prescriptions before our plan pays.

Disenroll or Disenrollment – The process of ending your membership in our plan.

Dispensing Fee – A fee charged each time a covered drug is dispensed to pay for the cost of filling a prescription, such as the pharmacist's time to prepare and package the prescription.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – D-SNPs enroll people who are entitled to both Medicare (Title XVIII of the Social Security Act) and medical assistance from a state plan under Medicaid (Title XIX). States cover some Medicare costs, depending on the state and the person's eligibility.

Dually Eligible Individual – A person who is eligible for Medicare and Medicaid coverage.

Durable Medical Equipment (DME) – Certain medical equipment that is ordered by your doctor for medical reasons. Examples include walkers, wheelchairs, crutches, powered mattress systems, diabetic supplies, IV infusion pumps, speech generating devices, oxygen equipment, nebulizers, or hospital beds ordered by a provider for use in the home.

Emergency – A medical emergency is when you, or any other prudent layperson with an average knowledge of health and medicine, believe that you have medical symptoms that require immediate medical attention to prevent loss of life (and, if you're a pregnant woman, loss of an unborn child), loss of a limb, or loss of function of a limb, or loss of or serious impairment to a bodily function. The medical symptoms may be an illness, injury, severe pain, or a medical condition that is quickly getting worse.

Emergency Care – Covered services that are: 1) provided by a provider qualified to furnish emergency services; and 2) needed to treat, evaluate, or stabilize an emergency medical condition.

Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information – This document, along with your enrollment form and any other attachments, riders, or other optional coverage selected, which explains your coverage, what we must do, your rights, and what you have to do as a member of our plan.

Exception – A type of coverage decision that, if approved, allows you to get a drug that isn't on our formulary (a formulary exception), or get a non-preferred drug at a lower cost-sharing level (a tiering exception). You may also ask for an exception if our plan requires you to try another drug before getting the drug you're asking for, if our plan requires a prior authorization for a drug and you want us to waive the criteria restriction, or if our plan limits the quantity or dosage of the drug you're asking for (a formulary exception).

Extra Help – A Medicare program to help people with limited income and resources pay Medicare prescription drug program costs, such as premiums, deductibles, and coinsurance.

Generic Drug – A prescription drug that's approved by the FDA as having the same active ingredient(s) as the brand name drug. Generally, a generic drug works the same as a brand name drug and usually costs less.

Grievance - A type of complaint you make about our plan, providers, or pharmacies, including a complaint concerning the quality of your care. This doesn't involve coverage or payment disputes.

Home Health Aide – A person who provides services that don't need the skills of a licensed nurse or therapist, such as help with personal care (e.g., bathing, using the toilet, dressing, or carrying out the prescribed exercises).

Hospice - A benefit that provides special treatment for a member who has been medically certified as terminally ill, meaning having a life expectancy of 6 months or less. Our plan must provide you with a list of hospices in your geographic area. If you elect hospice and continue to pay premiums, you're still a member of our plan. You can still get all medically necessary services as well as the supplemental benefits we offer.

Hospital Inpatient Stay – A hospital stay when you have been formally admitted to the hospital for skilled medical services. Even if you stay in the hospital overnight, you might still be considered an outpatient.

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) – If your modified adjusted gross income as reported on your IRS tax return from 2 years ago is above a certain amount, you'll pay the standard premium amount and an Income Related Monthly Adjustment Amount, also known as IRMAA. IRMAA is an extra charge added to your premium. Less than 5% of people with Medicare are affected, so most people won't not pay a higher premium.

Initial Coverage Stage – This is the stage before your out-of-pocket costs for the year have reached the out-of-pocket threshold amount.

Initial Enrollment Period – When you're first eligible for Medicare, the period of time when you can sign up for Medicare Part A and Part B. If you're eligible for Medicare

when you turn 65, your Initial Enrollment Period is the 7-month period that begins 3 months before the month you turn 65, includes the month you turn 65, and ends 3 months after the month you turn 65.

Institutional Special Needs Plan (I-SNP) – I-SNPs restrict enrollment to MA eligible people who live in the community but need the level of care a facility offers, or who live (or are expected to live) for at least 90 days straight in certain long-term facilities. I-SNPs include the following types of plans: Institutional-equivalent SNPs (IE-SNPs) Hybrid Institutional SNPs (HI-SNPs), and Facility-based Institutional SNPs (FI-SNPs).

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP) – An IE-SNP restricts enrollment to MA eligible people who live in the community but need the level of care a facility offers.

Interchangeable Biosimilar – A biosimilar that may be used as a substitute for an original biosimilar product at the pharmacy without needing a new prescription because it meets additional requirements about the potential for automatic substitution. Automatic substitution at the pharmacy is subject to state law.

List of Covered Drugs (formulary or Drug List) – A list of prescription drugs covered by our plan.

Low Income Subsidy (LIS) – Go to Extra Help.

Manufacturer Discount Program – A program under which drug manufacturers pay a portion of our plan's full cost for covered Part D brand name drugs and biologics. Discounts are based on agreements between the federal government and drug manufacturers.

Maximum Fair Price – The price Medicare negotiated for a selected drug.

Maximum Out-of-Pocket Amount – The most that you pay out of pocket during the calendar year for in-network covered Part A and Part B services. Amounts you pay for Medicare Part A and Part B premiums, and prescription drugs don't count toward the maximum out-of-pocket amount.

Medicaid (or Medical Assistance) – A joint federal and state program that helps with medical costs for some people with low incomes and limited resources. State Medicaid programs vary, but most health care costs are covered if you qualify for both Medicare and Medicaid.

Medically Accepted Indication – A use of a drug that is either approved by the FDA or supported by certain references, such as the American Hospital Formulary Service Drug Information and the Micromedex DRUGDEX Information system.

Medically Necessary – Services, supplies, or drugs that are needed for the prevention, diagnosis, or treatment of your medical condition and meet accepted standards of medical practice.

Medicare – The federal health insurance program for people 65 years of age or older, some people under age 65 with certain disabilities, and people with End-Stage Renal Disease (generally those with permanent kidney failure who need dialysis or a kidney

transplant).

Medicare Advantage Open Enrollment Period – The time period from January 1 to March 31 when members in a Medicare Advantage plan can cancel their plan enrollment and switch to another Medicare Advantage plan or get coverage through Original Medicare. If you choose to switch to Original Medicare during this period, you can also join a separate Medicare prescription drug plan at that time. The Medicare Advantage Open Enrollment Period is also available for a 3-month period after a person is first eligible for Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Sometimes called Medicare Part C. A plan offered by a private company that contracts with Medicare to provide you with all your Medicare Part A and Part B benefits. A Medicare Advantage Plan can be i) an HMO, ii) a PPO, iii) a Private Fee-for-Service (PFFS) plan, or iv) a Medicare Medical Savings Account (MSA) plan. Besides choosing from these types of plans, a Medicare Advantage HMO or PPO plan can also be a Special Needs Plan (SNP). In most cases, Medicare Advantage Plans also offer Medicare Part D (prescription drug coverage). These plans are called **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**.

Medicare-Covered Services – Services covered by Medicare Part A and Part B. All Medicare health plans must cover all the services that are covered by Medicare Part A and B. The term Medicare-Covered Services doesn't include the extra benefits, such as vision, dental, or hearing, that a Medicare Advantage plan may offer.

Medicare Health Plan – A Medicare health plan is offered by a private company that contracts with Medicare to provide Part A and Part B benefits to people with Medicare who enroll in our plan. This term includes all Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs, and Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Part D) – Insurance to help pay for outpatient prescription drugs, vaccines, biologicals, and some supplies not covered by Medicare Part A or Part B.

Medication Therapy Management (MTM) program – A Medicare Part D program for complex health needs provided to people who meet certain requirements or are in a Drug Management Program. MTM services usually include a discussion with a pharmacist or health care provider to review medications.

Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy – Medicare supplement insurance sold by private insurance companies to fill *gaps* in Original Medicare. Medigap policies only work with Original Medicare. (A Medicare Advantage Plan is not a Medigap policy.)

Member (Member of our Plan, or Plan Member) – A person with Medicare who is eligible to get covered services, who has enrolled in our plan, and whose enrollment has been confirmed by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Member Services – A department within our plan responsible for answering your questions about your membership, benefits, grievances, and appeals.

Network Pharmacy – A pharmacy that contracts with our plan where members of our

plan can get their prescription drug benefits. In most cases, your prescriptions are covered only if they are filled at one of our network pharmacies.

Network Provider – Provider is the general term for doctors, other health care professionals, hospitals, and other health care facilities that are licensed or certified by Medicare and by the state to provide health care services. **Network providers** have an agreement with our plan to accept our payment as payment in full, and in some cases to coordinate as well as provide covered services to members of our plan. Network providers are also called **plan providers**.

Open Enrollment Period – The time period of October 15 until December 7 of each year when members can change their health or drug plans or switch to Original Medicare.

Organization Determination – A decision our plan makes about whether items or services are covered or how much you have to pay for covered items or services. Organization determinations are called coverage decisions in this document.

Original Biological Product – A biological product that has been approved by the FDA and serves as the comparison for manufacturers making a biosimilar version. It is also called a reference product.

Original Medicare (Traditional Medicare or Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare is offered by the government, and not a private health plan like Medicare Advantage plans and prescription drug plans. Under Original Medicare, Medicare services are covered by paying doctors, hospitals, and other health care providers payment amounts established by Congress. You can see any doctor, hospital, or other health care provider that accepts Medicare. You must pay the deductible. Medicare pays its share of the Medicare-approved amount, and you pay your share. Original Medicare has 2 parts: Part A (Hospital Insurance) and Part B (Medical Insurance) and is available everywhere in the United States.

Out-of-Network Pharmacy – A pharmacy that doesn't have a contract with our plan to coordinate or provide covered drugs to members of our plan. Most drugs you get from out-of-network pharmacies aren't covered by our plan unless certain conditions apply.

Out-of-Network Provider or Out-of-Network Facility – A provider or facility that doesn't have a contract with our plan to coordinate or provide covered services to members of our plan. Out-of-network providers are providers that aren't employed, owned, or operated by our plan.

Out-of-Pocket Costs – Go to the definition for cost sharing above. A member's cost-sharing requirement to pay for a portion of services or drugs gotten is also referred to as the member's out-of-pocket cost requirement.

Out-of-Pocket Threshold – The maximum amount you pay out of pocket for Part D drugs.

Part C – Go to Medicare Advantage (MA) Plan.

Part D – The voluntary Medicare Prescription Drug Benefit Program.

Part D Drugs – Drugs that can be covered under Part D. We may or may not offer all Part D drugs. Certain categories of drugs have been excluded as covered Part D drugs by Congress. Certain categories of Part D drugs must be covered by every plan.

Part D Late Enrollment Penalty – An amount added to your monthly plan premium for Medicare drug coverage if you go without creditable coverage (coverage that's expected to pay, on average, at least as much as standard Medicare prescription drug coverage) for a continuous period of 63 days or more after you're first eligible to join a Part D plan.

Preferred Provider Organization (PPO) Plan – A Preferred Provider Organization plan is a Medicare Advantage Plan that has a network of contracted providers that have agreed to treat plan members for a specified payment amount. A PPO plan must cover all plan benefits whether they're received from network or out-of-network providers. Member cost sharing will generally be higher when plan benefits are gotten from out-of-network providers. PPO plans have an annual limit on your out-of-pocket costs for services gotten from network (preferred) providers and a higher limit on your total combined out-of-pocket costs for services from both in-network (preferred) and out-of-network (non-preferred) providers.

Premium – The periodic payment to Medicare, an insurance company, or a health care plan for health or prescription drug coverage.

Preventive services – Health care to prevent illness or detect illness at an early stage, when treatment is likely to work best (for example, preventive services include Pap tests, flu shots, and screening mammograms).

Primary Care Physician (PCP) – The doctor or other provider you see first for most health problems. In many Medicare health plans, you must see your primary care provider before you see any other health care provider.

Prior Authorization – Approval in advance to get services and/or certain drugs based on specific criteria. Covered services that need prior authorization are marked in the Medical Benefits Chart in Chapter 4. Covered drugs that need prior authorization are marked in the formulary and our criteria are posted on our website.

Prosthetics and Orthotics – Medical devices including, but not limited to, arm, back and neck braces; artificial limbs; artificial eyes; and devices needed to replace an internal body part or function, including ostomy supplies and enteral and parenteral nutrition therapy.

Quality Improvement Organization (QIO) – A group of practicing doctors and other health care experts paid by the federal government to check and improve the care given to Medicare patients.

Quantity Limits – A management tool that is designed to limit the use of a drug for quality, safety, or utilization reasons. Limits may be on the amount of the drug that we cover per prescription or for a defined period of time.

“Real-Time Benefit Tool” – A portal or computer application in which enrollees can look up complete, accurate, timely, clinically appropriate, enrollee-specific formulary and

benefit information. This includes cost-sharing amounts, alternative formulary medications that may be used for the same health condition as a given drug, and coverage restrictions (Prior Authorization, Step Therapy, Quantity Limits) that apply to alternative medications.

Referral – A written order from your primary care doctor for you to visit a specialist or get certain medical services. Without a referral, our plan may not pay for services from a specialist.

Rehabilitation Services – These services include inpatient rehabilitation care, physical therapy (outpatient), speech and language therapy, and occupational therapy.

Selected Drug – A drug covered under Part D for which Medicare negotiated a Maximum Fair Price.

Service Area – A geographic area where you must live to join a particular health plan. For plans that limit which doctors and hospitals you may use, it's also generally the area where you can get routine (non-emergency) services. Our plan must disenroll you if you permanently move out of our plan's service area.

Skilled Nursing Facility (SNF) Care – Skilled nursing care and rehabilitation services provided on a continuous, daily basis, in a skilled nursing facility. Examples of care include physical therapy or intravenous injections that can only be given by a registered nurse or doctor.

Special Enrollment Period – A set time when members can change their health or drug plan or return to Original Medicare. Situations in which you may be eligible for a Special Enrollment Period include: if you move outside the service area, if you're getting Extra Help with your prescription drug costs, if you move into a nursing home, or if we violate our contract with you.

Special Needs Plan – A special type of Medicare Advantage Plan that provides more focused health care for specific groups of people, such as those who have both Medicare and Medicaid, who live in a nursing home, or who have certain chronic medical conditions.

Standard Cost Sharing– Standard cost sharing is cost sharing other than preferred cost sharing offered at a network pharmacy.

Step Therapy – A utilization tool that requires you to first try another drug to treat your medical condition before we'll cover the drug your physician may have initially prescribed.

Supplemental Security Income (SSI) – A monthly benefit paid by Social Security to people with limited income and resources who are disabled, blind, or age 65 and older. SSI benefits aren't the same as Social Security benefits.

Urgently Needed Services – A plan-covered service requiring immediate medical attention that's not an emergency is an urgently needed service if either you're temporarily outside our plan's service area, or it's unreasonable given your time, place, and circumstances to get this service from network providers. Examples of urgently

needed services are unforeseen medical illnesses and injuries, or unexpected flare-ups of existing conditions. Medically necessary routine provider visits (like annual checkups) aren't considered urgently needed even if you're outside our plan's service area or our plan network is temporarily unavailable.

for Elite Health Plan Signature (HMO) Member Services

Method	Member Services – Contact Information
Call	1-800-958-1129 Calls to this number are free. Monday – Friday 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Pacific Time. Between October 1st - March 31st, 7 days a week, except for the major year-end holidays. We are closed on most federal holidays. When we are closed you have an option to leave a message. Messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day. This document is available for free in Spanish. -If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. We can also give you information for free in large print, braille, audio recording, or other alternate formats if you need it. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-958-1129 (TTY: 711) or speak to your provider. Member Services 1-800-958-1129 (TTY users call 711) also has free language interpreter services available for non-English speakers.
TTY	TTY Users Call 711 Calls to this number are free. Monday – Friday 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Pacific Time. Between October 1st - March 31st, 7 days a week, except for the major year-end holidays. We are closed on most federal holidays. When we are closed you have an option to leave a message. Messages received on holidays and outside of our business hours will be returned within one business day.
Fax	1-840-237-2980
Write	Elite Health Plan Attn: Member Services P.O. Box 1489 Orange ,CA. 92856 MemberServices@elitehealthplan.com
Website	www.elitehealthplan.com

Capítulo 12 Definiciones

California Department of Aging is a state program that gets money from the federal government to give free local health insurance counseling to people with Medicare.

Method	Contact Information
Call	Los Angeles County Aging & Disabilities Department: (800) 510-2020 Riverside County Office on Aging: (951) 867-3800 County of San Bernardino Aging & Adult Services: (909) 891-3900
TTY	TTY Users Call 711
Write	Los Angeles County Aging & Disabilities Department: 510 S Vermont Avenue 11th Floor, Los Angeles CA 90020 Riverside County Office on Aging: 3610 Central Ave Ste 102, Riverside CA 92506 County of San Bernardino Aging & Adult Services: 784 E. Hospitality Lane, San Bernardino CA 92415
Website	Los Angeles County Aging & Disabilities Department: https://ad.lacounty.gov/ Riverside County Office on Aging: https://rcaging.org/ County of San Bernardino Aging & Adult Services: https://hss.sbcounty.gov/daas/

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Questions? We are here to help.

 Call Member Services at **1-800-958-1129** (TTY: 711)

Hours of Operation:

- April 1 – September 30: Monday to Friday, 8 a.m. – 8 p.m. PST
- October 1 – March 31: 7 days a week, 8 a.m. – 8 p.m. PST

Elite Health Plan, Inc.
PO Box 1489
Orange, CA 92856

www.elitehealthplan.com

