**[2022 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022**

# Evidencia de cobertura:

**Los beneficios y servicios de salud** [*insert if applicable:* **y la cobertura para medicamentos con receta] de Medicare como miembro de *[insert 2022 plan name] [insert plan type]***

*[****Optional:*** *insert member name]  
[****Optional:*** *insert member address]*

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita.   
**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, *[insert 2022 plan name],* es ofrecido por *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2022 plan name]*).

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold].*

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Los horarios son *[insert days and hours of operation]*.

*[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable].*

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY] *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

**Evidencia de cobertura de 2022**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 2

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 14

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (*[insert 2022 plan name]*) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos) y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 28

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 45

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos 98

En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 104

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

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja   
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 115

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo la atención hospitalaria y algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.
* También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan 157

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 166

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes 169

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

[SECCIÓN 1 Introducción 3](#_Toc77975524)

[Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2022 plan name],* una PPO de Medicare 3](#_Toc77975525)

[Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de cobertura*? 3](#_Toc77975526)

[Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 3](#_Toc77975527)

[SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 4](#_Toc77975528)

[Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 4](#_Toc77975529)

[Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 4](#_Toc77975530)

[Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2022 plan name]* 5](#_Toc77975531)

[Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 5](#_Toc77975532)

[SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 6](#_Toc77975533)

[Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta 6](#_Toc77975534)

[Sección 3.2 *Directorio de proveedores:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 6](#_Toc77975535)

[SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2022 plan name]* 7](#_Toc77975536)

[Sección 4.1 ¿Cuál *es* el monto de su prima del plan? 7](#_Toc77975537)

[Sección 4.2 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 8](#_Toc77975538)

[Sección 4.3 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 10](#_Toc77975539)

[SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 10](#_Toc77975540)

[Sección 5.1 ¿Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted? 10](#_Toc77975541)

[SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 11](#_Toc77975542)

[Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 11](#_Toc77975543)

[SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 12](#_Toc77975544)

[Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 12](#_Toc77975545)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2022 plan name]*, una PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2022 plan name]*.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *[Insert 2022 plan name]* es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa organización de proveedores preferidos). Este plan no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

**La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

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

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica de Medicare cubierta a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos a su disposición como miembro de *[insert 2022 plan name]*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

##### Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2022 plan name]* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que pueden afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *[insert 2022 plan name]* entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2022 plan name]* después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

##### Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2022 plan name]* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:*

* Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
* Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999].
* Sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

#### Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

* Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
* La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, tratamiento de infusión a domicilio y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos [Durable Medical Equipment, DME] y suministros)

#### Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para *[insert 2022 plan name]*

Aunque Medicare es un programa federal, *[insert 2022 plan name]* está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, [*if a “continuation area” is offered under 42 CFR 422.54, insert “por lo general” here, and add a sentence describing the continuation area*] debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe [*insert as appropriate:* a continuación *OR* en un apéndice de esta *Evidencia de cobertura*].

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories, as appropriate. Use the county name only if approved for the entire county. For an approved partial county, use the county name plus the approved zip code(s). Examples of the format for describing the service area are provided below. If needed, plans may insert more than one row to describe their service area.*

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados  
Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: *[insert states]*  
Nuestra área de servicio incluye estos condados en *[insert state]*: *[insert counties]*  
Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en *[insert state]*: *[insert county]*, solo los siguientes códigos postales *[insert zip codes]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following:* ofrecemos cobertura en [*insert as applicable:* varios *OR* todos] los estados [*insert if applicable:* y territorios]*.* Sin embargo, puede haber diferencias de costos o de otro tipo entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio] a un estado [*insert if applicable:* o territorio] que todavía se encuentra en nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para los miembros para actualizar su información. *[National plans delete the rest of this paragraph].* Si se muda a un estado [*insert if applicable:* o territorio] fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir siendo miembro del plan. Llame a Servicios para los miembros para averiguar sitenemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio]].

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

#### Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *[insert 2022 plan name]* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *[Insert 2022 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba algún servicio que cubra el plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word “sample” on the image of the card)].*

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de *[insert 2022 plan name]*, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina.

**Aquí le explicamos por qué esto es tan importante:** si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de *[insert 2022 plan name]*, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

#### Sección 3.2 *Directorio de proveedores:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de* *proveedores* enumera los proveedores de nuestra red [*insert if applicable:* y los proveedores de equipo médico duradero].

##### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

**Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, [*insert if applicable:* proveedores de equipo médico duradero,] hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. [*Insert as applicable:* hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de proveedores* en el sobre con este folleto]. [Insert as applicable: también] [*insert as applicable:* hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este folleto]. [La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable:* y proveedores] está [*insert as applicable:* también] disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*].

##### ¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

[*Regional PPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a)(1)(ii) to meet access requirements should insert:* debido a que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no hay disponible un proveedor de la red contratado, usted puede acceder a la atención a un costo compartido dentro de la red de parte de un proveedor fuera de la red. Llame a Servicios para los miembros para informarnos que necesita consultar a un proveedor fuera de la red o para obtener ayuda para encontrar un proveedor fuera de la red].

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para los miembros más información sobre los proveedores de la red, incluso sus calificaciones. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Member Services. For example:* También puede ver el *Directorio de proveedores* en *[insert URL]*, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para los miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red].

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2022 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿Cuál *es* el monto de su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2022, la prima mensual para *[insert 2022 plan name]* es *[insert monthly premium amount]*. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan en cada región que atendemos. *OR* La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan para cada plan que ofrecemos en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual para *[insert 2022 plan name]* se menciona en *[describe attachmentt]*. *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC]*]*.* Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan *[insert 2022 plan name]*. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted)].

[*Insert if applicable:* Se le proporciona cobertura mediante un contrato con su empleador actual o con su empleador o sindicato anteriores. Para obtener más información sobre la prima de su plan, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato].

##### En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

*[MA-only plans that do not offer optional supplemental benefits, may delete this section].*

[*MA-only plans that offer optional supplemental benefits may replace the text below with the following:* En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1.Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section]*].

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

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section].*

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia del documento denominado *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2022 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2022). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)* del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Delete this section].*

Existen *[insert number of payment options]* formas de pagar la prima del plan. *[Plans must indicate how the member can inform the plan of their premium payment option choice and the procedure for changing that choice].*

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

##### Opción 1: Puede pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks].*

##### Opción 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that members must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for members who use direct payment electronic payment methods is prohibited].*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300].*

##### Opción *[insert number]*: Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

##### Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed].*

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido el pago de su prima antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de su prima en un plazo de *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la prima de su plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare brindará su cobertura médica.

[*Insert if applicable:* En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo las primas que aún no haya pagado. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Tenemos derecho a solicitar el pago de estas primas. *AND/OR* En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro de nuestros planes), deberá pagar estas primas adeudadas antes de poder inscribirse]].

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 9 del Capítulo 7 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al *[insert phone number]* entre [*insert hours of operation*]. Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

**No.** [*Plans with no premium replace next sentence with the following:* No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año]. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

### SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

#### Sección 5.1 ¿Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted?

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from “membership record”].*

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan [*insert as appropriate:* incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA)].

Los médicos, los hospitales y los demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

##### Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

* Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
* Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
* Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
* Si fue ingresado en un centro de cuidados.
* Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
* Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here].*

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

##### Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process].* Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

#### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 del Capítulo 6 de este folleto.

### SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
* Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
* Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

[SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2022 plan name]* (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan) 15](#_Toc77980555)

[SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 19](#_Toc77980556)

[SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 20](#_Toc77980557)

[SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 22](#_Toc77980558)

[SECCIÓN 5 Seguro Social 23](#_Toc77980559)

[SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 24](#_Toc77980560)

[SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 25](#_Toc77980561)

[SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 26](#_Toc77980562)

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2022 plan name]* (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de *[insert 2022 plan name]*. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | **Servicios para los miembros: información de contacto** |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies].*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation].* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part C issues indicated below, you may combine the appropriate sections].*

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

| Método | Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here]. [****Note****: If you have a different number for accepting expedited organization determinations, also include that number here].* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited organization determinations, also include that number here].* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited organization determinations, also include that number here].* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here].*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here]. [****Note****: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here].* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here].* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here].* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here].*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Quejas sobre la atención médica: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here]. [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here].* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here].* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here].* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here].*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre *[insert 2022 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). |

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente:si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Solicitudes de pago: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation]* *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone].*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number]* *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone].*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* |
| **FAX** | *[Optional:* *Insert fax number]* *[****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax].* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

| Método | Medicare: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)  Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare.Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:   * **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. * **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.   También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de *[insert 2022 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *[insert 2022 plan name]* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.   Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). |

### SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program” or “SHIP”), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below].*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information].* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de los Programas estatales de asistencia sobre seguro médico en cada estado en el que atendemos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state].* En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

|  |
| --- |
| MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:  Visite [*www.medicare.gov*](http://www.medicare.gov)  Haga clic en “**Formularios, ayuda y recursos**” en el extremo derecho del menú de la parte superior  En el cuadro desplegable, haga clic en “**Números de teléfono y sitios web**”  Ahora tiene varias opciones  Opción 1: Puede tener un **chat en directo**  Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú de la parte inferior   * + - * Opción 3: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado. |

| Método | *[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (SHIP de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row].*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla]. |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

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

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Quality Improvement Organization”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should make reference to that exhibit below].*

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information].* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* A continuación, encontrará una lista de las Organizaciones para la mejora de la calidad en cada estado en el que atendemos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state].* Para *[insert state]*, la Organización para la mejora de la calidad se llama *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la *[insert state-specific QIO name]*:

* Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
* Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
* Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* Organización para la mejora de la calidad de *[insert state name]*] |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row].*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla]. |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen ESRD y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

| Método | Seguro Social: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.  Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should make reference to that exhibit below].*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states].*

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

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

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

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (programa Medicaid de *[insert state name]*’s)]:información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row].*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla]. |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

| Método | Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.  Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

[SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 30](#_Toc77978126)

[Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 30](#_Toc77978127)

[Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 30](#_Toc77978128)

[SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 31](#_Toc77978129)

[Sección 2.1 [*insert as applicable:* Puede *OR* Debe]elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 31](#_Toc77978130)

[Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP? 32](#_Toc77978131)

[Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 32](#_Toc77978132)

[Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 34](#_Toc77978133)

[Sección 2.5 Cómo obtener atención si vive en un área que no es de la red 35](#_Toc77978134)

[SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 35](#_Toc77978135)

[Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica 35](#_Toc77978136)

[Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 36](#_Toc77978137)

[Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 37](#_Toc77978138)

[SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 37](#_Toc77978139)

[Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 37](#_Toc77978140)

[Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 37](#_Toc77978141)

[SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 38](#_Toc77978142)

[Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 38](#_Toc77978143)

[Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 39](#_Toc77978144)

[SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 40](#_Toc77978145)

[Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 40](#_Toc77978146)

[Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 40](#_Toc77978147)

[SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 41](#_Toc77978148)

[Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 41](#_Toc77978149)

[SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 42](#_Toc77978150)

[Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 42](#_Toc77978151)

[Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 42](#_Toc77978152)

[Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare? 43](#_Toc77978153)

### SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

#### Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

* Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. 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 han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
* Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, *[insert 2022 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

*[Insert 2022 plan name]* cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

* **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
* **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* **Usted recibe atención de un proveedor elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
* Los proveedores dentro de nuestra red se incluyen en el *Directorio de proveedores*.
* Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
* [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a) (1) (ii) to meet access requirements should insert:* Debido a que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no hay disponible un proveedor de la red para que usted consulte, puede consultar a un proveedor fuera de la red, pero debe pagar los montos dentro de la red].
* Tenga en cuenta lo siguiente: aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

### SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

#### Sección 2.1 [*insert as applicable:* Puede *OR* Debe] elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

*[****Note****: Insert this section only if plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of PCP].*

##### ¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

*[Plans should describe the following in the context of their plans:*

* *What is a PCP?*
* *What types of providers may act as a PCP?*
* *Explain the role of a PCP in your plan.*
* *What is the role of the PCP in coordinating covered services?*
* *What is the role of the PCP in making decisions about or obtaining prior authorization, if applicable?]*

##### ¿Cómo elige al PCP?

*[Plans should describe how to choose a PCP].*

##### Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP de nuestro plan [*PPOs with lower cost sharing for network providers insert:* o pagará más por los servicios cubiertos]. *[Explain if the member changes their PCP this may result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers (i.e., sub-network, referral circles). Also noted in Section 2.3 below].*

*[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of request, etc.)].*

#### Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?

*[Note: Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers].*

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

* Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos [*insert if appropriate:* siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red].
* Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, [*insert if applicable:*, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía] [*insert if appropriate:* siempre y cuando se las administre un proveedor de la red].
* Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
* Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
* Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. *[Plans may insert requests here (e.g., If possible, please let us know before you leave the service area so we can help arrange for you to have maintenance dialysis while you are away.)]*
* *[Plans should add additional bullets as appropriate].*

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

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

*[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:*

* *What is the role (if any) of the PCP in referring members to specialists and other providers?*
* *Include an explanation of the process for obtaining Prior Authorization (PA), including who makes the PA decision (e.g., the plan, PCP, another entity) and who is responsible for obtaining the prior authorization (e.g., PCP, member). Refer members to Chapter 4, Section 2.1 for information about which services require prior authorization.*
* *Explain if the selection of a PCP results in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers, i.e. sub-network, referral circles].*

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

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

* A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
* Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
* Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
* Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
* Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

*[Plans should provide contact information for assistance].*

#### Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.** Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

* Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.
* No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores que no pertenecen a la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 7). Esto es importante por lo siguiente:
* Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*).
* [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a) (1) (ii) to meet access requirements should insert:* Debido a que nuestro plan es una Organización regional de proveedores preferidos, si no hay disponible un proveedor de la red contratado, usted puede acceder a la atención a un costo compartido dentro de la red de parte de un proveedor fuera de la red. Llame a Servicios para los miembros para informarnos que necesita consultar a un proveedor fuera de la red o para obtener ayuda para encontrar un proveedor fuera de la red. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto)].
* Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
* Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

#### Sección 2.5 Cómo obtener atención si vive en un área que no es de la red

*[RPPOs: If there are portions of your RPPO service area where you have not met Medicare network adequacy requirements, you must insert this section and explain to your members the process they must follow to find providers who will treat them (see 422.111(b)(3)(ii)). The expectation is that members in non-network areas will receive all necessary assistance in obtaining access to services, which may require the RPPO to pay more than the Original Medicare payment rate to ensure access. Members in non-network areas can only be charged the in-network (i.e., preferred) cost-sharing amount for plan-covered services].*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

#### Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

##### ¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

* **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
* [*Plans add if applicable*: **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. *[Plans must provide either the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the plan membership card)]*].

##### ¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or worldwide emergency/urgent coverage]*. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

*[Plans that offer a supplemental benefit covering worldwide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the U.S. and its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 for more information].*

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan].* Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de seguimiento de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo compartido más alto para proveedores fuera de la red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

#### Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

##### ¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

##### ¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

En la mayoría de los casos, si usted se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor que no pertenece a la red, la parte del costo que le corresponde pagar por su atención será mayor.

*[Plans must insert instructions for how to access in-network urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.)]*

##### ¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor por un monto de costo compartido menor dentro de la red.

[*Insert if applicable:* *Plans without world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos].

[*Insert if applicable: Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:* Nuestro plan cubre servicios de [*Insert as applicable:* atención de emergencia y urgencia OR atención de emergencia OR atención de urgencia] en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias *[insert details]*].

#### Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: *[insert website]* para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

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

#### Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

#### Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

*[Insert 2022 plan name]* cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque no se haya cumplido con las normas del plan.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *[Plans should explain whether paying for costs once a benefit limit has been reached will count toward an out-of-pocket maximum].* Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los miembros.

### SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

#### Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]primero debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan] *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* ni su PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

#### Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

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

* Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

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

* Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
* Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
* Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

##### ¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), (que se encuentra disponible en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

#### Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

#### Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

* La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
* La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

* La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
* La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
* Si obtiene servicios de esta institución en un centro, [*insert as applicable:* se aplican las siguientes condiciones *OR* se aplica la siguiente condición]:
* Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
* *[Omit this bullet if not applicable] Y* debe obtener la aprobación el plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

*[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the benefits chart in Chapter 4) or whether there is unlimited coverage for this benefit].*

### SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

#### Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

*[Plans that allow transfer of ownership of certain DME items to members must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME].*

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *[insert 2022 plan name]*, [*insert if the plan sometimes allows ownership:* generalmente,] no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. [*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*: En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar]. [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no tendrá la posesión, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por dicho artículo siendo miembro de nuestro plan].

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

### SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, *[insert 2022 plan name]* cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de *[insert 2022 plan name]* o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno al propietario.

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

*[Plans should insert cost sharing]* Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es *[Insert copay amount or coinsurance percentage]*, cada *[Insert required frequency of payment]*.

*[Plans that use a constant cost-sharing structure insert]* Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en *[insert 2022 plan name]*.

*[Plans that wish to vary cost sharing after 36 months insert details including whether original cost sharing resumes after 5 years and you are still in the plan].*

Si antes de inscribirse en *[insert 2022 plan name]* pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en *[insert 2022 plan name]* es *[Plans should insert cost sharing]*.

#### Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquiler por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse a *[insert 2022 plan name]*, se inscribe a *[insert 2022 plan name]* durante 12 meses y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en *[insert 2022 plan name]* y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Capítulo 4

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

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

[SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 46](#_Toc77978784)

[Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 46](#_Toc77978785)

[Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan? 46](#_Toc77978786)

[Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios de proveedores de la red 47](#_Toc77978787)

[Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B de Medicare*?*] 48](#_Toc77978788)

[Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios 49](#_Toc77978789)

[Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos” 50](#_Toc77978790)

[SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar 51](#_Toc77978791)

[Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 51](#_Toc77978792)

[Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar 92](#_Toc77978793)

[Sección 2.3 Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan 92](#_Toc77978794)

[SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 93](#_Toc77978795)

[Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 93](#_Toc77978796)

### SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2022 plan name]*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También se detallan los límites para ciertos servicios]. *[If applicable, you may mention other places where benefits, limitations, and exclusions are described, such as optional additional benefits, or addenda].*

#### Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

*[Describe all applicable types of cost sharing your plan uses. You may omit those that are not applicable].*

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan)]. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.3 brinda más información acerca de sus deducibles para ciertas categorías de servicios)].
* El **“copago”** es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
* El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios para los miembros.

#### Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

*[Local or regional PPO plans with no deductibles, delete this section and renumber remaining subsections in Section 1].*

*[Note: deductibles cannot be applied to $0.00 Medicare preventive services, emergency services or urgently needed services]*

*[****Note****: RPPOs and local PPO plans that choose to have a deductible are now only permitted to have a single deductible that applies to both in-network and out-of-network services, see revised section 422.101(d)(1)].*

Su deducible es *[insert deductible amount]*. Este es el monto que tiene que pagar de su bolsillo antes de que paguemos la parte que nos corresponde de sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por la mayoría de los servicios cubiertos. (El deducible no se aplica a los servicios que se incluyen a continuación). Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto del coseguro) *OR* (su copago o el monto del coseguro)] durante el resto del año calendario.

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

* *[Insert all services not subject to the deductible, including all Medicare-covered preventive services and any other in-network Part A and B services the plan elects to exempt from the deductible requirement. Plans must specify whether it is in-network and/or out-of-network services that are exempt from the deductible]. [****Note****: If a PPO has a deductible, all out-of-network Part A and B services must be subject to the deductible with the sole exception that the PPO may elect to waive out-of-network Medicare-covered zero cost-sharing preventive services from the deductible requirement].*

#### Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* separado] para ciertos tipos de servicios de proveedores de la red

*[Plans with service category deductibles: insert this section. If applicable, plans may revise the text as needed to describe how the service category deductible(s) work with the overall plan deductible].*

*[Plans with a service category deductible that is not based on the calendar year – e.g., a per stay deductible – should revise this section as needed].*

[*Insert if plan has an overall deductible described in Section 1.2:* Además del deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios].

[*Insert if plan does not have an overall deductible and Section 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible para determinados tipos de servicios].

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un monto de deducible de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto del coseguro) *OR* (su copago o el monto del coseguro)] durante el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* El deducible del plan y el deducible para *[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto*.* Esto significa que una vez que cumple con *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]* cubierto.

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* El plan cuenta con un monto del deducible para los siguientes tipos de servicios:]

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro monto de deducible para *[insert service category]* es *[insert service category* *deductible]*.Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado el deducible, pagaremos la parte que nos corresponde de los costos de estos servicios y usted pagará [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto del coseguro) *OR* (su copago o el monto del coseguro)] durante el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* El deducible del plan y el deducible para [*[insert service category]* se aplican a su *[insert service category]* cubierto*.* Esto significa que una vez que cumple con *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de su *[insert service category]*] cubierto.

#### Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B de Medicare?]

En nuestro plan existen dos límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

* El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es *[insert in-network MOOP].* Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos [*insert as applicable:* de la Parte A y de la Parte B de Medicare *OR* del plan] que recibe de los proveedores dentro de la red.Los montos que usted paga por [*insert applicable terms:* los deducibles, los copagos y el coseguro] para los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed].* (Los montos que usted paga por las primas de su plan y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos].)Si pagó *[insert in-network MOOP]* por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores dentro de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).
* El **monto máximo que paga de su bolsillo combinado** es *[insert combined MOOP].* Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos [*insert as applicable:* de la Parte A y de la Parte B de Medicare *OR* del plan] que recibe de los proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los montos que usted paga por [*insert applicable terms:* los deducibles, los copagos y el coseguro] por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. *[Plans with no premium may delete the following sentence].* (Los montos que usted paga por las primas de su plan no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos].) Si ha pagado *[insert combined MOOP]* por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. Sin embargo, debe seguir pagando [*insert if plan has a premium:* su prima del plan y] la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

[*Plans with service category OOP maximums: insert this section.*

*[Plans with a service category OOP maximum that is not based on the calendar year – e.g., a per stay maximum – should revise this section as needed].*

Además del monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red y combinado para los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] (consulte la Sección 1.4 arriba), también existe un monto máximo que paga de su bolsillo separado que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de *[insert service category* *MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que haya pagado *[insert service category* *MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted por el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* El monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y de la Parte B y el monto máximo que paga de su bolsillo por *[insert service category]* se aplican a su(s) *[insert service category]* que se cubre(n). Esto significa que una vez que ha pagado *o* *[insert MOOP]* por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B *o* *[insert service category* *OOP max]* por su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año]].

[*Insert if plan has more than one service category MOOP:* el plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo para los siguientes tipos de servicios:

* *Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* nuestro monto máximo que paga de su bolsillo para *[insert service category]* es *[insert service category* *MOOP]*. Una vez que haya pagado *[insert service category* *MOOP]* de su bolsillo por *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted por el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y de la Parte B y el monto máximo que paga de su bolsillo por *[insert service category]* se aplican a su(s) *[insert service category]* que se cubre(n). Esto significa que una vez que ha pagado *o* *[insert MOOP]* por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B *o* *[insert service category OOP max]* por su *[insert service category]*, el plan cubrirá su *[insert service category]* sin costo alguno para usted durante el resto del año]].

#### Sección 1.6 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de *[insert 2022 plan name]*, una protección importante para usted es que [*plans with a plan-level deductible insert:*, después de que alcanza los deducibles,] solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

* Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
* Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
* Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
* Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
* Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

### SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

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

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que *[insert 2022 plan name]* cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

* Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
* [*PPO plans that use prior authorizations insert:* algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de *[insert 2022 plan name].*
* Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están indicados [*insert as appropriate:* con un asterisco *OR* con una nota al pie *OR* en negrita *OR* en cursiva] en la Tabla de beneficios médicos. [*Insert if applicable:* Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren aprobación por adelantado: *[insert list]*].
* No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.
* Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado].
* [*Insert as applicable:* es posible que también le cobremos “cargos administrativos” por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto)].

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

* En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
* Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
* Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
* Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
* Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*.(Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
* Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente].
* A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

*[Instructions to plans offering MA Uniformity Flexibility benefits:*

* *Plans must deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits* or information in alignment with its different strategy for communicating information regarding MA Uniformity Flexibility Benefits *so that such enrollees are notified of the MA Uniformity Flexibility benefits for which they are eligible.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered.*

*[Instructions to plans offering Value-Based Insurance Design (VBID) Model benefits:*

* *Plans may deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to Part D benefits and VBID.*
* *If applicable, plans with VBID should not only mention reduced cost sharing for their MA benefits, but also that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs].*

[*Insert if offering VBID Model benefits:*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas afecciones crónicas

* Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas mencionadas a continuación y usted cumple determinados criterios médicos, puede ser elegible para otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado:
  + *[List all applicable chronic conditions here].*
  + *[As applicable, plans offering benefits under VBID that require participation in a health and wellness program or to see a high-value provider, include those limitations and then direct the enrollee that they will be provided additional information with how to take advantage of these additional supplemental benefits. (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*
* Para obtener más detalles, observe la fila “Ayuda con determinadas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios médicos a continuación].

[*Insert if offering VBID benefits:*

[*Plans participating in VBID should use this section to describe the plans strategy for advance care planning and any other wellness and health care planning (Wellness and Health Care Planning,* *WHP) services that are being offered:*

* Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en servicios de bienestar y planificación de la atención médica (WHP)
* Debido a que *[insert 2022 plan name]* participa en *[insert VBID program name]*, usted será elegible para recibir los siguientes servicios de bienestar y planificación de la atención médica (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación anticipada de la atención (Advance Care Planning, ACP):
  + *[Include a summary of WHP services that are to reach all VBID plan enrollees in CY 2022. The description must include language that WHP and ACP are voluntary and enrollees are free to decline the offers of WHP and ACP].*
  + *[Include information on how and when the enrollee would be able to access WHP services].*

*[Instructions to plans offering WHP benefits:*

* *In addition to offering advance care planning as a covered benefit, plans participating in the VBID Model may deliver to each VBID PBP enrollee a written summary of WHP benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering WHP benefits (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions, as well as any rewards and incentives proposed to incentivize WHP].*

[*Insert if offering VBID flexibility benefits and targeted supplemental benefits to Low Income Subsidy (LIS) enrollees, as defined in the Plan Communication User Guide (PCUG):*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas que reúnen los requisitos para recibir “Ayuda adicional”:

* Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
* Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

*[Instructions to plans offering VBID benefits for LIS Targeted Enrollees:*

* *Plans may deliver to each LIS-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering such a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *Plans who choose to reduce cost sharing for an item or service, including Part D drugs covered by MA-PD plan through member participation in a plan-sponsored disease management or similar program must include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.*
* *If applicable, plans must update the Medical Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to Part D benefits and VBID.*
* *If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs].*

*[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Share Beneficiary Rebates Savings More Directly with Beneficiaries in the form of Cash or Monetary Rebates resulting from plan’s rebates:*

Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas en un plan de Diseño de seguros basados en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) elegibles para recibir dinero en efectivo o reembolsos monetarios

* Debido a que *[insert 2022 plan name]* participa en *[insert VBID program name]*, usted será elegible para recibir dinero en efectivo o reembolsos monetarios:
  + *[Include a description of the cash or monetary rebate including specifying the amount, frequency, and the form of the cash or monetary rebate (e.g. debit card, check, etc.) as an enrollee in the VBID plan in 2022. The description must include language that enrollees are free to decline the cash or monetary reward and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit. Plans must also include an explicit notice that addresses any potential tax implications for the enrollee, unless granted an exception by CMS, including the combined impact or consequences of the Cash or Monetary Rebate and any Rewards and Incentives (if applicable).* *(See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*

*[Instructions to plans offering Cash or Monetary Rebates as a mandatory supplemental benefit:*

* *Plans must deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of cash or monetary rebate benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. Plans must also include an explicit notice that addresses any potential tax implications for the enrollee,* *unless granted an exception by CMS, including the combined impact or consequences of the Cash or Monetary Rebate and any Rewards and Incentives (if applicable). VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering Cash or Monetary Rebate benefits. (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*

*[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices:*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas en un plan VBID elegibles para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)

* Debido a que *[insert 2022 plan name]* participa en *[insert VBID program name]*, usted será elegible para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA:
  + *[Include a description of the new and existing technologies or FDA approved medical devices specifying eligibility for the benefit and associated cost sharing as an enrollee in the VBID plan in 2022. The description must include language that enrollees are free to decline the benefit and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit].*

*[Instructions to plans offering Coverage of New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices as a mandatory supplemental benefit:*

* *Plans may deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering coverage of new and existing technologies or FDA approved medical devices (See CY 2022 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*

*[Insert if offering Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill: important Benefit Information for Enrollees with Chronic Conditions*

* Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
  + *[List all applicable chronic conditions here].*
  + *[Include information regarding the process and/or criteria for determining eligibility for special supplemental benefits for the chronically ill]*
* Para obtener más detalles, observe la fila “Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos de más abajo.
* *[Instructions to plans offering special supplemental benefits for the chronically ill:* 
  + *Plans must deliver to each chronically ill enrollee eligible for chronically ill supplemental benefits a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the chronically ill benefits for which they are eligible]].*

Apple icon. Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

*[Instructions on completing benefits chart:*

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized ANOC and EOC.*
* *If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2021 Medicare amounts and must insert: “estos son los montos de costo compartido para 2021 y pueden cambiar para 2022. [Insert plan name] proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan”. Member cost-sharing amounts may not be left blank.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefits.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All plans with networks should clearly indicate for each service applicable the difference in cost sharing at network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans that have tiered cost sharing of medical benefits based on contracted providers should clearly indicate for each service the cost sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the characters or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the symbol or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a member’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Section 3.1 as appropriate.*
* *Plans must make it clear for members (in the sections where member cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and / or on the date of discharge].*

##### Tabla de beneficios médicos

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| Apple icon. Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal  Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. |
| Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:  Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:  A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:   * Dura 12 semanas o más. * No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). * No está relacionado con una cirugía. * No está relacionado con un embarazo.   Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.  El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.  Requisitos del proveedor:  Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.  Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:   * un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y * una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.   El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible].* |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el cuidado solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y si están autorizados por el plan. * El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost sharing applies one-way or for round trips].* |
| Apple icon. Consulta anual de bienestar  Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.  **Nota:** su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar. |
| Apple icon. Medición de la masa ósea  Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico). *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. * Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. * Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. |
| Servicios de rehabilitación cardíaca  Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una [*insert as appropriate:* remisión OR orden] del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)  Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. |
| Apple icon. Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares  Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años. |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. * Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. |
| Servicios de quiropráctica  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* solo cubrimos la] Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.   *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer colorrectal  Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:   * Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.   Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:   * Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). * Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT).   Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:   * Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.   Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:   * Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.  *[If applicable, list copayment and/or coinsurance charged for barium enema].* |
| *[Include row if applicable. If plan offers dental benefits as optional supplemental benefits, they should not be included in the chart. Plans may describe them in Section 2.2 instead].*  Servicios odontológicos  En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección de depresión  Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. |
| Apple icon. Prueba de detección de diabetes  Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.  Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. |
| Apple icon. Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos  *[Plans may put items listed under a single bullet in separate bullets if the plan charges different copays. However, all items in the bullets must be included].* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. * Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. * La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.   *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Equipo médico duradero (Durable medical equipment DME) y suministros relacionados  (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).  Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. [*Insert as applicable:* hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este folleto]. La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable:* también] está disponible en nuestro sitio web *[insert URL]*].  [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de [*insert 2022 plan name*]. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. [*Insert as applicable:* hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de DME en el sobre con este folleto]. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web *[insert URL]*.  Nuestra lista no limita las marcas de dispositivos para la generación del habla que usted puede comprar. Debemos cubrir todas las marcas de dispositivos para la generación del habla sin límites. Además, si debe obtener suministros para la diabetes, nuestra lista no limita completamente ciertos tipos de suministros para la diabetes. Debemos mantener en nuestra lista glucómetros con letra grande y glucómetros para personas con discapacidades físicas. Si no encuentra lo que necesita, llame a nuestro plan. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  Generalmente, *[insert 2022 plan name]* cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de *[insert 2022 plan name]* y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, 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 adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*)]. |  |
| Atención de emergencia  La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:   * Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. * Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.   Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.  Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.  *[Also identify whether this coverage is only covered within the U.S. as required or whether emergency care is also available as a supplemental benefit that provides worldwide emergency/urgent coverage].* | *[List copays / coinsurance. If applicable, explain that cost sharing is waived if member admitted to hospital].*  [*Insert if applicable:* si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabiliza, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red de la parte de su estadía *posterior* a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero deberá pagar el monto del costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía *posterior* a su estabilización]. |
| Apple icon. Programas educativos sobre salud y bienestar  *[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios auditivos  Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Ayuda con determinadas afecciones crónicas  *[If the enrollee has been diagnosed by a plan provider with the certain chronic condition(s) identified and meets certain criteria, they may be eligible for other targeted supplemental benefits and/or targeted reduced cost sharing. The certain chronic conditions must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this entire row].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección de VIH  Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:   * Una prueba de detección cada 12 meses.   Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:   * Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. |
| Atención médica a domicilio  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement].* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar 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. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Tratamiento de infusión en el hogar  El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. * La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. * Supervisión remota. * Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.   *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Atención en un hospicio  Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. * Atención de alivio a corto plazo. * Atención a domicilio.   Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.  Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan correspondiente al pago por servicios fuera de la red.   Para los servicios cubiertos por *[insert 2022 plan name]* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2022 plan name]* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. | Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por *[insert 2022 plan name]*.  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable].* |
| Atención en un hospicio (continuación)  **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio]. |  |
| Apple icon. Inmunizaciones  Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:   * Vacuna contra la neumonía. * Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. * Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. * Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. |
| Atención hospitalaria para pacientes internados  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.  *[List days covered and any restrictions that apply].* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). * Comidas, incluidas dietas especiales. * Servicios de enfermería permanentes. * Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). * Medicamentos. * Análisis de laboratorio. * Radiografías y otros servicios radiológicos. * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. * Uso de aparatos, como sillas de ruedas. * Costos de la sala de operaciones y de recuperación. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. * Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. * En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. [*Plans with a provider network insert:* los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare.Si *[insert 2022 plan name]* brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante]. *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage].* | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido. *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period]*].  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include:* por cada hospitalización, se cobra un deducible u otro costo compartido]. |
| Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)   * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint].* * Servicios médicos.   **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf) o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | *[If inpatient cost sharing varies based on hospital tier, enter that cost sharing in the data entry fields].*  Si recibe atención [*insert if applicable:* autorizada] para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido [*insert if applicable:* más alto] que pagaría en un hospital de la red. |
| Atención de salud mental para pacientes internados   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. *[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital].* | [*List all cost sharing (deductible, copayments/ coinsurance) and the period for which they will be charged. If cost sharing is based on the Original Medicare or a plan-defined benefit period, include definition/explanation of approved benefit period here. Plans that use per-admission deductible include:* se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido. *[In addition, if applicable, explain all other cost sharing that is charged during a benefit period]*].  [*If cost sharing is* ***not*** *based on the Original Medicare or plan-defined benefit period, explain here when the cost sharing will be applied. If it is charged on a per admission basis, include:* por cada hospitalización, se cobra un deducible u otro costo compartido]. |
| Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta  *[Plans with no day limitations on a plan’s hospital or skilled nursing facility (SNF) coverage may modify or delete this row as appropriate].*  Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios médicos. * Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). * Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. * Vendajes quirúrgicos. * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. * Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. * Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Terapia médica nutricional  Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] del médico.  Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la [*insert as appropriate:* remisión *OR* orden] todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. |
| Apple icon. Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)  Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.  El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. |
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare  *[MA plans that will be or expect to use Part B step therapy should include the Part B drug categories below that may or will be subject to Part B step therapy as well as a link to a list of drugs that will be subject to Part B step therapy. The link may be updated throughout the year and any changes need to be added at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 42.111(d)]*  La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:   * Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. * Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. * Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. * Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. * Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. * Antígenos. * Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. * Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). * Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.   [*insert if applicable:* mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: *insert link*]  También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B. | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[Indicate whether drugs may be subject to step therapy]* |
| Apple icon. Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. |
| Servicios del programa de tratamiento para opioides  Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:   * Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). * Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). * Asesoramiento sobre consumo de sustancias. * Terapia individual y grupal. * Pruebas toxicológicas. * Actividades de admisión. * Evaluaciones periódicas.   *[Plans can include other covered items and services as appropriate (not to include meals and transportation)].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Radiografías. * Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance].* * Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. * Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. * Análisis de laboratorio. * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint].* * Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. *[Plans can include other covered tests as appropriate].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Observación hospitalaria para pacientes externos  Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.  Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.  **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf) o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios hospitalarios para pacientes externos  Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.  Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. * Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. * Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. * Suministros médicos como entablillados y yesos. * Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.   **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.  También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf) o puede llamar al 1‑800‑MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Atención de salud mental para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:  Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación para pacientes externos  Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.  Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios  **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalización parcial  La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. * Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. * Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. * [*Insert if providing any MA additional telehealth benefits consistent with 42 CFR § 422.135 in the plan’s CMS-approved Plan Benefit Package submission:* determinados servicios de telesalud, incluyendo los siguientes: *[insert general description of covered MA additional telehealth benefits, i.e., the specific Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate to furnish through electronic exchange when the provider is not in the same location as the enrollee. Plans may wish to refer enrollees to their medical coverage policy here].*   + Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. *[Modify as necessary if plan benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits].*   + *[List the available means of electronic exchange used for each Part B service offered as an MA additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply]].* * [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act*: algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare]. | *[List copays / coinsurance / deductible]*  *[If applicable, indicate whether there are different cost-sharing amounts for Part B service(s) furnished through an in-person visit and those furnished through electronic exchange as MA additional telehealth benefits].* |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)   * Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. * Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. * Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. * Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**:   + no es un paciente nuevo **y**   + el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**   + el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. * Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:   + no es un paciente nuevo **y**   + la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**   + la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. * Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. * Segunda opinión [*Insert if appropriate:* de otro proveedor de la red] antes de la cirugía. * Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).   *[Also list any additional benefits offered].* |  |
| Servicios de podiatría  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). * Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.   *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Pruebas de detección de cáncer de próstata  Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:   * Tacto rectal. * Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. |
| Dispositivos protésicos y suministros relacionados  Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen [*insert as appropriate: una remisión OR una orden*] del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol  Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.  Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. |
| Apple icon. Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)  Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.  **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.  *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT*: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT *posterior,* la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. |
| Apple icon. Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas  Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.  También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. |
| Servicios para tratar enfermedades renales  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. * Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). * Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). * Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). * Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. * Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).   Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SKILLED NURSING FACILITY, SNF)  (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required].* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:   * Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). * Comidas, incluidas dietas especiales. * Servicios de enfermería especializada. * Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. * Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). * Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint].* * Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. * Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. * Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. * Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. * Servicios de médicos o profesionales.   Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.   * Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). * Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. | *[List copays / coinsurance / deductible. If cost sharing is based on benefit period, include definition/ explanation of BID approved benefit period here].* |
| Apple icon. Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)  Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable para pacientes internados o externos. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.  *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. |
| Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas  *[Enrollees with chronic condition(s) that meet certain criteria may be eligible for supplemental benefits for the chronically ill. The chronic conditions and benefits must be listed here. The benefits listed here must be approved in the bid. Describe the nature of the benefits and eligibility criteria here.*  *If this benefit is not applicable, plans should delete this row].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)  El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática [*Optional:* y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD].  Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.  El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:   * Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. * Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. * Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. * Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.   El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.  *[Also list any additional benefits offered].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de urgencia  Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.  Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental worldwide emergency/urgent coverage].* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable].* |
| Apple icon. Atención de la vista  Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:   * Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. * Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. * Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare].* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2].* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon. Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.  **Importante:** cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. |

#### Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC].*

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales son denominados **“Beneficios complementarios opcionales”.** Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse [*insert if applicable:* y además es posible que tenga que pagar una prima adicional]. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en [*insert as applicable:* esta sección *OR* el inserto adjunto] están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

*[Insert if applicable:* beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas:

*Plans may offer special supplemental benefits, including benefits that are not primarily health related, to members diagnosed with specific illnesses. Plans may also offer reduced cost sharing for these benefits].*

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period)].*

#### Sección 2.3 Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan

[*If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to receiving the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than six months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.*

Si se ausenta constantemente del área de servicio de nuestro plan por más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero como beneficio complementario [*specify areas where the visitor/traveler program is being offered*], que le permitirá inscribirse en nuestro plan cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. Este programa se encuentra disponible para todos los miembros de *[insert 2022 plan name]* que se encuentran temporalmente en el área del visitante/viajero. Con nuestro programa de visitante/viajero, puede recibir todos los servicios cubiertos del plan a un costo compartido dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener ayuda para ubicar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajero.

Si se encuentra en el área de visitante/viajero, puede seguir inscrito en nuestro plan durante un plazo de hasta 12 meses. Si en 12 meses no ha regresado al área de servicio del plan, se cancelará su inscripción en el plan].

### SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

#### Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

*[The services listed in the chart below are excluded from Original Medicare’s benefit package. If any services below are covered supplemental benefits, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item completely from the list of excluded services but may revise the text accordingly to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may reorder the below excluded services alphabetically, if they wish. Plans may also add exclusions as needed].*

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna situación** | **Cubiertos solo en situaciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Acupuntura. |  | **checkmark**  Cubierto para dolor crónico en la parte baja de la espalda. |
| Cirugía o procedimientos cosméticos. |  | **checkmark**  Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.  Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica. |
| El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.  El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse. | **checkmark** |  |
| Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.  Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. |  | **checkmark**  Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.  (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar. | **checkmark** |  |
| Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. | **checkmark** |  |
| Entrega de comidas a domicilio. | **checkmark** |  |
| Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas. | **checkmark** |  |
| Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos). | **checkmark** |  |
| Atención odontológica que no sea de rutina. |  | **checkmark**  Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. |
| Zapatos ortopédicos. |  | **checkmark**  Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético. |
| Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor. | **checkmark** |  |
| Habitación privada en el hospital. |  | **checkmark**  Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados. | **checkmark** |  |
| Atención quiropráctica de rutina. |  | **checkmark**  Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. |
| Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras. | **checkmark** |  |
| Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. |  | **checkmark**  Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. |
| Cuidado de rutina de los pies. |  | **checkmark**  Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes). |
| Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos. | **checkmark** |  |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare. | **checkmark** |  |
| Dispositivos de apoyo para los pies. |  | **checkmark**  Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |

Capítulo 5

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

## Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

[SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 99](#_Toc77979154)

[Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 99](#_Toc77979155)

[SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 101](#_Toc77979156)

[Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 101](#_Toc77979157)

[SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 102](#_Toc77979158)

[Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos 102](#_Toc77979159)

[Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación 102](#_Toc77979160)

### SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

#### Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica, **es posible que deba pagar el costo total** en ese preciso momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

##### 1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor que no pertenece a la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

* Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
* Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
  + Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  + Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
* Tenga en cuenta lo siguiente: aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

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

* Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte la *[edit section number as needed]* Sección 1.6, del Capítulo 4.
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
* Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

##### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su rembolso.

Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member].*

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

#### Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

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

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

* No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([*insert URL*]) o llame a Servicios para los miembros y pida uno. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto)].

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

*[Insert address]*

[*If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language:*

También puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2, y busque la sección titulada [*plans may edit section title as necessary*] *Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*]*.*

[*Insert if applicable:* **debe presentarnos la reclamación dentro de los *[insert timeframe]*** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento].

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

#### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos

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

* Si decidimos que la atención médica está cubierta y que ha cumplido todas las normas para obtener la atención, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos).
* Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

#### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede ir a la Sección 5.3 del Capítulo 7, que explica qué debe hacer si desea presentar una apelación para obtener el reembolso de un servicio médico.

Capítulo 6

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

[SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 105](#_Toc77979338)

[Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below].* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 105](#_Toc77979339)

[Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos 105](#_Toc77979340)

[Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 106](#_Toc77979341)

[Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 107](#_Toc77979342)

[Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 108](#_Toc77979343)

[Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 110](#_Toc77979344)

[Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 110](#_Toc77979345)

[Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 111](#_Toc77979346)

[SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 111](#_Toc77979347)

[Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 111](#_Toc77979348)

*[****Note*:** *plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language].*

### SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below].* Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold].*

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English].* También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante *[insert plan contact information]*. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con *[plan customer service]* para obtener información adicional.

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

[*If your plan does not require any referrals or prior authorization within the preferred network, delete the next three sentences and instead state:* usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención]. Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión y pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

*[Regional PPOs: explain how members will obtain care at in-plan rates in any areas of its region where the plan has a limited contracted provider network].*

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica dentro de un período razonable, la Sección 9 del Capítulo 7 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura para su atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 7 le explica lo que puede hacer).

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

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

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

##### ¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
* por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
* puesto que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, nos vemos obligados a suministrarle su información de salud a Medicare. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

*[****Note:*** *plans may insert custom privacy practices].*

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

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area].*

Como miembro de *[insert 2022 plan name]*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
* **Información acerca de nuestros proveedores de la red.**
* por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
* para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *[insert name of provider directory]*.
* para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*.
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
* en los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
* si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
* si un servicio médico no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
* si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el capítulo 7 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
* si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

#### Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

* **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan.
* **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
* **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
* **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

##### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

*[****Note:*** *plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so].*

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

* **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. [*Insert if applicable:* también puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto)].
* **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
* **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

* Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
* Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

##### ¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*. *[Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to make reference to that exhibit].*

#### Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

#### Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

##### Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

##### ¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.** Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
* Puede comunicarse con **Medicare.**
  + puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare‑Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-MedicareRights-and-Protections.pdf)).
  + también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

#### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

* **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto Evidencia de cobertura sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  + los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
* **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  + debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **“coordinación de beneficios”** porque implica la coordinación de los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
* **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que acuda a obtener atención médica.
* **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  + para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  + asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  + si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
* **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  + [*Insert if applicable:* debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan].
  + para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
  + para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio [*insert if applicable:* o el medicamento]. Esto será un [*insert as appropriate:* copago (un monto fijo) *OR* coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
  + si recibe un servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
* Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
* **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
  + **si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan,** *[if a continuation area is offered, insert “generalmente”* *here and then explain the continuation area]***no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  + **incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  + si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
* **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  + los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  + para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 7

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

## Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

[SECCIÓN 1 Introducción 117](#_Toc77979571)

[Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 117](#_Toc77979572)

[Sección 1.2 Acerca de los términos legales 117](#_Toc77979573)

[SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 118](#_Toc77979574)

[Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 118](#_Toc77979575)

[SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 118](#_Toc77979576)

[Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 118](#_Toc77979577)

[DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 120](#_Toc77979578)

[SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 120](#_Toc77979579)

[Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 120](#_Toc77979580)

[Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 121](#_Toc77979581)

[Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? 122](#_Toc77979582)

[SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 122](#_Toc77979583)

[Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 123](#_Toc77979584)

[Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 124](#_Toc77979585)

[Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 128](#_Toc77979586)

[Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2 131](#_Toc77979587)

[Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 133](#_Toc77979588)

[SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 134](#_Toc77979589)

[Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 135](#_Toc77979590)

[Sección 6.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 136](#_Toc77979591)

[Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 138](#_Toc77979592)

[Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 140](#_Toc77979593)

[SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 142](#_Toc77979594)

[Sección 7.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) 142](#_Toc77979595)

[Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 143](#_Toc77979596)

[Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 144](#_Toc77979597)

[Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 146](#_Toc77979598)

[Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 147](#_Toc77979599)

[SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 150](#_Toc77979600)

[Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 150](#_Toc77979601)

[PRESENTAR QUEJAS 152](#_Toc77979602)

[SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 152](#_Toc77979603)

[Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 152](#_Toc77979604)

[Sección 9.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 154](#_Toc77979605)

[Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja 154](#_Toc77979606)

[Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 155](#_Toc77979607)

[Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 155](#_Toc77979608)

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each “Legal Terms” box is kept on the same page as the box].*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

* Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
* Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

#### Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

#### Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

##### Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it].* En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

##### También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

* Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
* Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

### SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

#### Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

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

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

**No.** Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 9** al final de este capítulo: **“cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

#### Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

##### Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará 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 usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

##### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará 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 usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

* **Puede llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación *posterior* al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
* **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  + si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*].) El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

#### Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen tres tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

* **Sección 5** de este capítulo: “su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
* **Sección 6** de este capítulo: “cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
* **Sección 7** de este capítulo: “cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

### SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

"" ¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

#### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, y también medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

* + sección 6 del Capítulo 7: *cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
  + sección 7 del Capítulo 7: *cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
* Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que debe hacer.

##### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

| Si está en esta situación: | Esto es lo que puede hacer: |
| --- | --- |
| Para saber si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere. | Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2.** |
| Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos. | Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).  Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| Si desea pedirnos que le reembolsemos atención médica que ya ha recibido y pagado. | Puede enviarnos la factura.  Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

| **Términos legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **“determinación de la organización”.**  Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“decisión acelerada”**. |

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

* Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto.
* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

* **No obstante**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”

* **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.** 
  + **no obstante**, si está solicitando **un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  + si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  + podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
  + puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
* **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
* Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  + si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  + en esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  + en la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

* Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
  + como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  + si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  + si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 24 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

* Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud**. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  + para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  + si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  + si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o 72 horas si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
* Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

#### Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan. |

Qué hacer

* **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
* **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* también puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *[plans may edit section title as necessary]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica)].*
  + si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los miembros [los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto] y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS‑Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* o en nuestro sitio web en *[insert website or link to form]*].) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
* **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *[plan may edit section title as needed]* (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
* **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  + usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. [*If a fee is charged, insert:* se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información].
  + si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.** |

* Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
* Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
* Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

* Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + no obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  + si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

* Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación.Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  + no obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico.Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  + si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  + si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales por su solicitud de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
* **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”** A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**. [*If a fee is charged, insert:* se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información].
* Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
* Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

* Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

* **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
* **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.
* **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
* Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
* Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este folleto: *cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos*. En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

##### La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]).* También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos).*

##### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

* Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
* Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* su solicitud de una decisión de cobertura).

##### ¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.** Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

* Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
* Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

### SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

* El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
* Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
* Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

#### Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
* Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

| **Términos legales** |
| --- |
| El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”.** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 6.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata). |

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

* Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
* Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

**3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

* Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
* Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso por Internet en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

#### Sección 6.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

* Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

* Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes de* que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.** (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  + si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  + si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Pida una “revisión rápida”:

* Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una “**revisión rápida**” también se denomina “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”. |

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

| **Términos legales** |
| --- |
| La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) |

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

* Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
* Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día *posterior* a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

* Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
* La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

##### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

##### Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

| **Términos legales** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**. |

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
* **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

* Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
* En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  + Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

##### Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”** A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
  + en el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
* la Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

#### Sección 7.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección hace referencia a los siguientes tipos de atención *solamente*:

* **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
* **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
* **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

#### Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

| **Términos legales** |
| --- |
| Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**.Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación rápida).  El aviso escrito se denomina “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. |

**1. Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.

* En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
* También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

* Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
* Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

#### Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

* **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
* **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

* Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

* Pídale a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

* Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
* Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
* Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

| **Términos legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”. |

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

* Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

* Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
* Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
* Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

* Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

* Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

* **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
* Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

* Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
* La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

##### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

##### Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

| **Términos legales** |
| --- |
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”**. |

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

* Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
* **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

* Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
* Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

* **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
* **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
* Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o
* servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que respetamos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

##### Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”** A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”). |

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

* Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
* Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
  + En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

* Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
* La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

#### Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

* **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  + si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  + si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
* **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple el valor en dólares requerido.
  + si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  + si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
* **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  + si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  + si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTAR QUEJAS

### SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

"" Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

#### Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de su atención médica** | * ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? * ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? * ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? * ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos u otros profesionales de salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?   + Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta. |
| **Limpieza** | * ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | * ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? * ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender? |
| **Puntualidad**  (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 8 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.  Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. * Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. * Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. * Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja. |

#### Sección 9.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

| **Términos legales** |
| --- |
| * En esta sección, una **“queja”** también se denomina **“reclamo”.** * Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer un reclamo**”. * Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para interponer un reclamo**”. |

#### Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

* **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation].*
* **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations].*
* **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

| **Términos legales** |
| --- |
| En esta sección, una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”. |

* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

* **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

#### Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
  + La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
  + Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

#### Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2022 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1‑877-486-2048.

Capítulo 8

Cancelación de su membresía en el plan

## Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

[SECCIÓN 1 Introducción 158](#_Toc77979979)

[Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 158](#_Toc77979980)

[SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 158](#_Toc77979981)

[Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 158](#_Toc77979982)

[Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 159](#_Toc77979983)

[Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 159](#_Toc77979984)

[Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 160](#_Toc77979985)

[SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 161](#_Toc77979986)

[Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 161](#_Toc77979987)

[SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan 162](#_Toc77979988)

[Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 162](#_Toc77979989)

[SECCIÓN 5 *[Insert 2022 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 162](#_Toc77979990)

[Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 162](#_Toc77979991)

[Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 163](#_Toc77979992)

[Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 164](#_Toc77979993)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en *[insert 2022 plan name]* puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección).

* Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  + solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
  + el proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
* También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puedecancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  + Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  + *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

#### Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

* **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
* **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  + cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  + cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

#### Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *[insert 2022 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

* **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
  + en general, cuando se muda.
  + *[revise bullet to use state-specific name, if applicable].* Si tiene Medicaid.
  + si rompemos nuestro contrato con usted.
  + si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
  + [*plans in* *states with PACE, insert:* si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)].
* **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
* **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  + original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  + *o* *bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
* **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

#### Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

* Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*).**
  + todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*) cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  + también puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/)). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
* Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

* nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
* *o bien,* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiar de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
| --- | --- |
| * Otro plan de salud de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.   Su inscripción en el plan *[insert 2022 plan name]* se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. |
| * Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.   Su inscripción en el plan *[insert 2022 plan name]* se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. |
| * Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | * **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). * También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. * Su inscripción en el plan *[insert 2022 plan name]* se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare. |

### SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

#### Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si se va del plan *[insert 2022 plan name],* es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

* **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2022 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

***[Insert 2022 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

* Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
* Si se muda fuera del área de servicio.
* Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses. *[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when members must be disenrolled from the plan*].
  + si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).
  + [*plans with visitor/traveler benefits, insert:* consulte la sección 2.3 del capítulo 4 para obtener información sobre cómo obtener atención médica cuando se encuentra fuera del área de servicio a través de los beneficios para visitantes/viajeros que ofrece nuestro plan].
  + [*plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* si ha sido miembro de nuestro plan de manera ininterrumpida desde antes de enero de 1999 *y* vivía fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, aún es elegible, siempre que no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en el plan].
* Si es encarcelado (va a prisión).
* Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
* *[Omit if not applicable]* Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet if not applicable]* Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  + si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums].* Si no paga las primas del plan durante *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*.
  + debemos notificarle por escrito que tiene *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

##### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

* Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

#### Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2022 plan name]* no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

##### ¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

#### Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 9 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9

Avisos legales

## Capítulo 9. Avisos legales

[SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 167](#_Toc77976884)

[SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 167](#_Toc77976885)

[SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 167](#_Toc77976886)

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws].* Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *[insert 2022 plan name]*, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

*[****Note:*** *you may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.* *Plans may also include Medicaid-related legal notices].*

Capítulo 10

Definiciones de palabras importantes

## Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries].*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “Member Services” to “Customer Service”) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary].*

*[If you use any of the following terms in your EOC, you must add a definition of the term to the first section where you use it and here in Chapter 10 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service].*

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 7, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Área de servicio:** área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

**Autorización previa**: aprobación por adelantado para recibir servicios cubiertos. *[Edit or delete as necessary to make the definition applicable to your plan].* En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una “autorización previa” de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores de fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo compartido que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

[*Include if applicable:* **Beneficios complementarios opcionales:** beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos].

**Cancelar** o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

**Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)**: servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio**: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare)**: seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o una receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento.

**Coseguro:** un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios [*insert if applicable:* después de que pague los deducibles]. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. [*Insert if plan has a premium:* (Esto es complementario a la prima mensual del plan.)] El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

**Costos que paga de su bolsillo**: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Determinación de la organización:** el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Dispositivos ortésicos y protésicos**: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Facturación de saldos:** cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *[insert 2022 plan name]*, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

**Hospicio**: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización**: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)**: es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Medicaid (o asistencia médica)**: un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la sección 6 del capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Médicamente necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicare**: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare [*insert only if there is a cost plan in your service area:,* un plan Medicare Cost,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All‑inclusive Care for the Elderly, PACE),] o un plan Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”)**: una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto máximo que paga de su bolsillo combinado:** lo máximo que pagará en un año por todos los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos). [*Plans with service category MOOPs insert:* además del monto máximo que paga desu bolsillo para los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios]. Para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo combinado, consulte la sección 1. *[insert subsection number*], del capítulo 4.

**Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red:** lo máximo que pagará por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que paga de su bolsillo, debe seguir pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). [*Plans with service category MOOPs insert:* además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios]. Para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red, consulte la sección 1. *[insert subsection number]* del capítulo 4.

**Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)**: un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Parte C**: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

**Parte D**: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

**Período de beneficios:** *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays].* La forma en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period].* El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. [*Insert if applicable:* usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios]. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Período de inscripción anual:** un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

**Período de inscripción especial**: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son si se aleja del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de necesidades especiales**: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare**: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)**: un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan Medicare Cost:** un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley].

*[Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE:** un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada [Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE]) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term care, LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan].

**Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare)**: el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima**: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

*[Plans that do not use PCPs omit]*[*insert as appropriate:* **Médico** *OR* **Proveedor**] **de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los [*insert as appropriate:* médicos *O* proveedores] de atención primaria.

**Proveedor de la red**: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red**: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nosotros, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Servicios cubiertos por Medicare**: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Servicios cubiertos:** es el término general que usamos en esta EOC para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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

**Servicios de urgencia:** los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

**Servicios para los miembros**: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)**: consulte “Ayuda adicional”.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information].*

Servicios para los miembros de *[Insert 2022 plan name]*

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]*  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies].*  Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla].  Las llamadas a este número son gratuitas. *[Insert days and hours of operation].* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

[*Insert state-specific SHIP name*] [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* SHIP de *[insert state name]*

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use “State Health Insurance Assistance Program,” omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information].*

| Método | Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME AL** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row].*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla]. |
| **ESCRIBA A** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

***Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA)****. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938‑1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*