[Plan should utilize the below table to auto-populate key terms throughout the document, using the following steps:

1. Update the values for each of the data fields in the table below by highlighting the text (including the angle brackets (< >)) and typing in the appropriate value.
2. Press Ctrl+A to select all text in the main document sections.
3. Press F9 to update the field references. If a box appears asking to update the Table of Contents, select “Update entire table” and press OK.
4. Double click on the header. Press Ctrl+A to select all header text.
5. Press F9 to update the field references in the header.
6. If the header does not populate throughout the document, steps 5 and 6 should be repeated for each header section in the document.
7. Double click on the footer, and press Ctrl+A to select all footer text.
8. Press F9 to update the field references in the footer.
9. If the footer does not populate throughout the document, steps 8 and 9 should be repeated for each footer section in the document.

| Data Field (bookmarkName) | Value |
| --- | --- |
| Plan Name (planName) | <Plan name> |
| Plan Toll Free Number (tollFreeNumber) | <toll free number> |
| Plan Days and Hours of Operation (daysAndHoursOfOperation) | <days and hours of operation> |
| Plan Web Address (webAddress) | <web address> |
| Page Number for Referrals from PCP (PCPReferralPageNumber) | <page number> |
| Page Number for Care without PCP Referral (noPCPReferralPageNumber) | <page number> |
| Page Number for Choosing a PCP (choosingPCPPageNumber) | <page number> |
| Name for Care Coordinator (nameForCareCoordinator) | <name for care coordinator> |
| Page Number for Emergency or Urgent Care (emergencyPageNumber) | <page number> |
| Page Number for Out of Network Provider (outOfNetworkPageNumber) | <page number> |
| Name of Member Services (memberServicesName) | <Member Services> |
| Name of plan members (memberName) | Member |

**Note:** Plan should be cognizant of grammar and capitalization and review the document to ensure the populated bookmarks appear appropriately throughout.

If an error message appears in the document indicating that the source could not be found (shown below), a bookmark may have been deleted.



To recreate a bookmark, the plan should use the following steps:

1. Highlight the value that is not updating.
2. On the Insert ribbon tab, in the Links group, select Bookmark.
3. Enter the bookmark name in parentheses after the data field name.
4. Follow the steps above to update the bookmarks.]

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

[The plan should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 5](#_Toc460532742)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, cuidados de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan 5](#_Toc460532743)

[C. Su <name for care coordinator> 7](#_Toc460532744)

[D. Cómo obtener cuidados de su proveedor de cuidados primarios, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 8](#_Toc460532745)

[Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados primarios 8](#_Toc460532746)

[Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 9](#_Toc460532747)

[¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan? 10](#_Toc460532748)

[Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 11](#_Toc460532749)

[E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS) 11](#_Toc460532750)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 11](#_Toc460532751)

[G. [If applicable plan should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos] 11](#_Toc460532752)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 11](#_Toc460532753)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 12](#_Toc460532754)

[Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica 12](#_Toc460532755)

[Cómo obtener atención necesaria de urgencia 14](#_Toc460532756)

[Cómo obtener cuidados durante un desastre 15](#_Toc460532757)

[J. ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan? 15](#_Toc460532758)

[¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan? 16](#_Toc460532759)

[K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica? 16](#_Toc460532760)

[¿Qué es un estudio de investigación clínica? 16](#_Toc460532761)

[Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? 17](#_Toc460532762)

[Más información 18](#_Toc460532763)

[L. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud? 18](#_Toc460532764)

[¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud? 18](#_Toc460532765)

[¿Qué cuidados de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan? 18](#_Toc460532766)

[M. Reglas de propiedad del equipo médico duradero 19](#_Toc460532767)

[¿Usted será dueño de su equipo médico duradero? 19](#_Toc460532768)

[¿Qué sucede si se cambia a Medicare? 20](#_Toc460532769)

# Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

**Servicios** incluyen cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros médicos, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

Los **proveedores** son los médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término *proveedores* también incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud**.** Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago [insert if plan has cost sharing: y su parte del costo] como pago total. [Plan may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, por lo general usted no debe pagar [insert as applicable: nada **or** sólo su parte del costo] por los servicios cubiertos. Sin embargo, si usted es elegible para servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. La cantidad la determina Medicaid de Rhode Island.

# Reglas para obtener cuidado de salud, cuidados de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan

<Plan name> cubre servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios cubiertos por Medicaid de Rhode Island. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y medicamentos de receta. No obstante, ciertos beneficios de Medicaid seguirán siendo cubiertos por Medicaid de Rhode Island, como sus servicios dentales y de transporte. Podemos ayudarle a acceder a esos servicios.

En general, <plan name> pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Qué será cubierto:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable] de este Manual.)
* El cuidado debe ser **médicamente necesario.** *Médicamente necesario* significa servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, para evitar que empeore una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. [Plan may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate.]
* [Plan may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.] Usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro proveedor. Como Miembro del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
* En algunos casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] deberá aprobar que usted use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una **preautorización** o **referencia.** Para informarse más sobre las referencias, vaya a la página <page number>.
* Usted no necesitará una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia, cuidado necesario urgentemente, cuidados de salud del comportamiento o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referencia de su PCP. Para informarse más al respecto, vaya a la página <page number>.
* Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página <page number>.
* **Tenga en cuenta que:** Por lo menos durante los primeros 6 meses que esté inscrito en nuestro plan, usted podrá continuar viendo a sus proveedores actuales, en forma gratuita si ellos no forman parte de nuestra red. Esto se llama período de continuidad de cuidados. Durante los primeros 6 meses que esté inscrito en nuestro plan, nuestro <name for care coordinator> se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después que termine el período de continuidad de cuidados, no cubriremos su cuidado de salud si continúa viendo a proveedores fuera de la red.

[HMO plan that is not HMOPOS, insert the following paragraphs:]

* **Usted debe recibir su cuidado de salud de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces esta regla no se aplica:
* El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia* o *atención necesaria de urgencia*, lea la página <page number>.
* Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [Plan may specify whether authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.] En este caso, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de proveedores de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la página <page number>.
* El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
* Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante [plan should discuss the state’s continuity of care requirement].

[Plan should add additional exceptions as appropriate.]

# Su <name for care coordinator>

[The plan should provide applicable information about care coordination, including answers to the following questions. The plan should replace the terms “care coordinator” and “care team” with terms they use.

* ¿Qué es un <name for care coordinator>?
* ¿Cómo puede usted comunicarse con su <name for care coordinator>?

¿Cómo puede usted cambiar su <name for care coordinator>?]

# Cómo obtener cuidados de su proveedor de cuidados primarios, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados primarios

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

Usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado.

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

[Plan should describe the following in the context of its plan:

* ¿Qué es un PCP?
* ¿Qué clase de proveedores pueden ser PCPs? [If a State allows specialists to act as a PCP, plan must inform beneficiaries of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]
* Explicar la función de un PCP
* ¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de servicios cubiertos?
* ¿Cuál es la función del PCP con respecto a obtener autorización previa, si es aplicable?

¿Una clínica puede ser su proveedor de cuidados primarios? (RHC/FQHC)]

### Cómo elegir su PCP

[Plan must describe how to choose a PCP.]

### Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

[Plan 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 the request, etc.).]

### Los servicios que usted puede obtener sin una referencia

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

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de su PCP antes de poder ver a otros proveedores. Esta autorización se llama **preautorización**. Usted podrá obtener servicios como los mencionados a continuación, sin una referencia:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio   
  del plan).
* Servicios de diálisis que reciba en una institución para diálisis, certificada por Medicare, cuando usted esté fuera del área de servicio del plan. (Llame a <Member Services> antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera del área de servicio del plan.)
* Vacunas contra la gripe [insert if applicable: vacunas contra hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidados de salud del comportamiento
* Adicionalmente, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver a estos proveedores sin necesidad de una preautorización.

[Plan should add additional bullets as appropriate.]

## Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un *especialista* es un proveedor que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* *Los oncólogos* atienden a pacientes con cáncer.
* *Los cardiólogos* atienden a pacientes con problemas del corazón.

*Los ortopedistas* atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

[The plan 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?
* What is the process for getting prior authorization? Explain that prior authorization means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug. Include information about who makes the prior authorization decision (e.g., the plan, the PCP, or another entity) and who is responsible for getting the prior authorization (e.g., the PCP, the member). Refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plan may insert reference, as applicable] for information about which services require prior authorization.

Does the selection of a PCP result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers (i.e., subnetworks or referral circles)?]

## ¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?

[The plan may edit this section if they are obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando, se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a los cuidados de una amplia red de proveedores calificados.
* Siempre que sea posible, le avisaremos con por lo menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
* Si le parece que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (lea en el Capítulo 9 la información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones).

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su cuidado. [Plan should provide contact information for assistance.]

## Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

[HMO plan that is **not** HMOPOS, tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include Medicaid out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

* **Tenga en cuenta que:** Si visita a un proveedor fuera de la red, él o ella deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid. No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid. Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare y/o Medicaid.

# Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS)

[Plan should provide applicable information about getting LTSS.]

# Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plan should provide applicable information about getting behavioral health services.]

# [If applicable plan should add: Cómo obtener cuidados autodirigidos]

[Plan should provide applicable information about getting self-directed care. This description should include:

* ¿Qué son los cuidados autodirigidos?
* ¿Quién puede recibir cuidados autodirigidos? (if limited to waiver populations)

¿Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidados primarios? (if applicable)]

# Cómo obtener servicios de transporte

Usted podría ser elegible para un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA. Para obtener un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, visite la oficina de identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 o la oficina de Servicios al cliente de RIPTA en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 ext. 604 para encontrar más información.

Si usted no puede usar un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, Medicaid de Rhode Island cubre servicios de transporte para cuidados fuera de emergencias a través de Logisticare. Si usted necesita transporte para cuidados fuera de emergencias, llame a Logisticare al 1-855-330-9131 (TTY 1-866-288-3133) o a <plan name> al <toll-free number> [TTY/TDD: <toll-free number>]. Usted puede pedir transporte para cuidados de emergencias las 24 horas del día, 7 días de la semana. El transporte para cuidados fuera de emergencias debe programarse por lo menos dos días laborables antes de su cita. [Plan should add additional information on accessing transportation services as needed.]

[Plan should provide additional information about getting transportation services, including emergency transportation.] [Plan may insert reference.]

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

## Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica

### ¿Qué es una emergencia médica?

Una *emergencia médica* es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La enfermedad es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata, alguien (o sea, una persona con conocimientos medianos de salud y medicina) podría esperar que esa enfermedad cause:

* riesgos graves para su salud, ***o***
* daños graves a las funciones del cuerpo, ***o***
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, ***o***
* en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto en alguna de las siguientes situaciones:
* No hay tiempo suficiente para transferirle a usted sin riesgo a la paciente a otro hospital antes del parto.
* La transferencia podría ser un riesgo para su salud o su seguridad o la de su hijo por nacer.

### ¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted *no* tiene que obtener primero una aprobación o preautorización de su PCP.
* [Plan add if applicable: **Infórmenos tan pronto como pueda de su emergencia, asegúrese de informarle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona [plan may replace alguien más with su <name for care coordinator> or other applicable term] deberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar dentro de 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos.] [Plan must either provide the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of the plan’s Member ID Card).]

### ¿Qué será cubierto si usted tiene una emergencia médica?

[If the plan covers emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid, describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area. Plan must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

[The plan may modify the following sentence to identify whether this coverage is within the United States and its territories or world-wide emergency/urgent coverage:]Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

[If the plan offers a supplemental benefit covering world-wide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the United States or its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 [plan may insert reference, as applicable] for more information.] Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los proveedores que le den cuidado de emergencia. Esos proveedores nos avisarán cuando termine su emergencia médica.

[Plan may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.] Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible.

### ¿Qué pasaría si, después de todo, no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica. Usted podría pedir cuidado de emergencia, pero el proveedor podría decir que realmente no era una emergencia médica. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

No obstante, después de que el proveedor diga que *no* era una emergencia, cubriremos su *cuidado adicional,* sólosi:

* usted visita a un proveedor de la red, ***o***

el cuidado que reciba es considerado *atención necesaria de urgencia* y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

## Cómo obtener atención necesaria de urgencia

### ¿Qué significa atención necesaria de urgencia?

*La atención necesaria de urgencia* es atención que se recibe por una enfermedad, lesión o enfermedad repentina y que no es una emergencia, pero requiere de atención inmediata. Por ejemplo una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

#### Cómo recibir atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de urgencia, *sólo* si usted:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red, ***y***

sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

[The plan must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

#### Cómo obtener atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que sea necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

* Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro cuidado de emergencia o fuera de emergencias [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

[If the plan has with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit, modify this section.]

## Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services, or el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o un estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de <plan name>.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: <web address>. [In accordance with 42 CFR 422.100(m), the plan is required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost sharing without required prior authorization; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la [insert as applicable: cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted]*.* Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Por favor para más información, lea el Capítulo 5.

# ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan?

[If the plan has an arrangement with the State language may be added to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos [plan with cost sharing, insert: nuestra parte de] la factura.

* **Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

[Insert as applicable: Si pagó por sus servicios cubiertos **or** Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos**]** o si recibió una factura por [plan with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, **lea el Capítulo 7** [plan may insert reference, as applicable] **para saber qué hacer**.

## ¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan?

[The plan may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

<Plan name> cubre todos los servicios:

* que sean médicamente necesarios, ***y***
* que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable])*,* ***y***
* que usted reciba siguiendo las reglas del plan.
* Si usted obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, usted tiene derecho a preguntarnos. Usted también tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico. También le dice cómo apelar una decisión sobre la cobertura de un servicio. Usted también puede llamar a <Member Services> para saber más sobre esto.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a <Member Services> para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

# ¿Cómo están cubiertos sus servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica?

## ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un *estudio de* *investigación clínica* (conocido también como *prueba clínica*) es una de las formas en que los médicos y otros proveedores prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los proveedores a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare [if the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo de nuestro plan los cuidados que no tienen relación al estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra [if the plan does not use PCPs it may delete the rest of this sentence] ni de su proveedor de cuidados primarios. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, *no* tienen que ser proveedores de la red.

[If applicable, plan should describe Medicaid’s role in providing coverage for clinical research studies.]

**Pero usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** La razón es la siguiente:

* Podremos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.

Podremos decirle qué servicios obtendrá de proveedores del estudio de investigación clínica y no de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su <name for care coordinator> debe comunicarse con <Member Services>.

## Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

* Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.

El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[If the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare insert: Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan.] Si usted forma parte de un estudio que Medicare [plan that conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan] *no* ha aprobado, **usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio**.

[If applicable, plan should describe Medicaid’s role in paying for clinical research studies.]

## Más información

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/02226.pdf>). También puede llamar al   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con problemas para oir o para hablar) deben llamar al teléfono 1-877-486-2048.

# ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

[If applicable, plan should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## ¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

Una *institución religiosa no médica para cuidados de salud* es un lugar que proporciona cuidado que normalmente obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para su cuidado de salud. Usted puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para los servicios como paciente interno de Medicare Parte A (los servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará solamente por los servicios de cuidado de salud no médico proporcionado por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## ¿Qué cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado *voluntario* y *no exigido* por la ley federal, estatal o local.

Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que *no* sea voluntario y que *sea exigido* de conformidad con la ley federal, estatal o local.

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

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
* Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
* [Omit this bullet if not applicable] Deberá obtener aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

[Plan must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [plan may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# Reglas de propiedad del equipo médico duradero

## ¿Usted será dueño de su equipo médico duradero?

[If the plan furnishes ownership of certain DME items, it must modify this section to explain the conditions under which and when specified DME can be owned by the member. Plan should modify this section as necessary to explain additional Medicaid coverage of DME.]

*Equipo médico duradero* significa ciertos artículos ordenados por un proveedor para ser usados en su hogar. Por ejemplo, equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos, por ejemplo las prótesis. En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar.

[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics:] En Medicare, ciertos tipos de equipos médicos duraderos pasan a ser propiedad de las personas que los alquilan después de 13 meses. Sin embargo, como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows ownership: por lo general], el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

[If the plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a <Member Services> para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.] [If your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics), insert: Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.]

## ¿Qué sucede si se cambia a Medicare?

Usted tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Original Medicare para poder ser propietario del equipo si:

* Usted no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, ***y***

Usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, los pagos hechos a Medicare no contarán para los 13 pagos. Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare para que el equipo pase a ser de su propiedad.

* No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Original Medicare.