**[2023 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023**

**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 2023 plan name] [insert plan type]***

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

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

***Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al [insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). El horario es *[insert days and hours of operation]*].**

Este plan, *[insert 2023 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”, significa *[insert MAO name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names].* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *[insert 2023 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]. [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, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

*[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. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de lo siguiente:

* La prima del plan y el costo compartido.
* Sus beneficios médicos.
* Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
* Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
* Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

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

**Evidencia de Cobertura 2023**

**Índice**

[CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 4](#_Toc111208534)

[SECCIÓN 1 Introducción 5](#_Toc111208535)

[SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 6](#_Toc111208536)

[SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá 8](#_Toc111208537)

[SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2023 plan name]* 9](#_Toc111208538)

[SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan 13](#_Toc111208539)

[SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 14](#_Toc111208540)

[CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 16](#_Toc111208541)

[SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2023 plan name]* (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros) 17](#_Toc111208542)

[SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 20](#_Toc111208543)

[SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 22](#_Toc111208544)

[SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 23](#_Toc111208545)

[SECCIÓN 5 Seguro Social 24](#_Toc111208546)

[SECCIÓN 6 Medicaid 25](#_Toc111208547)

[SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 26](#_Toc111208548)

[SECCIÓN 8 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 27](#_Toc111208549)

[CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 28](#_Toc111208550)

[SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 29](#_Toc111208551)

[SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 30](#_Toc111208552)

[SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 35](#_Toc111208553)

[SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 37](#_Toc111208554)

[SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 37](#_Toc111208555)

[SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 39](#_Toc111208556)

[SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 40](#_Toc111208557)

[CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 43](#_Toc111208558)

[SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 44](#_Toc111208559)

[SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar 48](#_Toc111208560)

[SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 90](#_Toc111208561)

[CAPÍTULO 5: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos* 94](#_Toc111208562)

[SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 95](#_Toc111208563)

[SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 97](#_Toc111208564)

[SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 97](#_Toc111208565)

[CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades* 99](#_Toc111208566)

[SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan 100](#_Toc111208567)

[SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 106](#_Toc111208568)

[CAPÍTULO 7: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 108](#_Toc111208569)

[SECCIÓN 1 Introducción 109](#_Toc111208570)

[SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 109](#_Toc111208571)

[SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 110](#_Toc111208572)

[SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 111](#_Toc111208573)

[SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 114](#_Toc111208574)

[SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 122](#_Toc111208575)

[SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 129](#_Toc111208576)

[SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 136](#_Toc111208577)

[SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 138](#_Toc111208578)

[CAPÍTULO 8: *Cancelación de su membresía en el plan* 142](#_Toc111208579)

[SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan 143](#_Toc111208580)

[SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 143](#_Toc111208581)

[SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 145](#_Toc111208582)

[SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan 147](#_Toc111208583)

[SECCIÓN 5 *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 147](#_Toc111208584)

[CAPÍTULO 9: *Avisos legales* 149](#_Toc111208585)

[SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 150](#_Toc111208586)

[SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 150](#_Toc111208587)

[SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 150](#_Toc111208588)

[CAPÍTULO 10: *Definiciones de palabras importantes* 152](#_Toc111208589)

## CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro*

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2023 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 2023 plan name]*. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

*[Insert 2023 plan name]* es un plan Medicare Advantage PPO (PPO en inglés significa organización de proveedores preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada. Este plan no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

**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 (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 documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos a su disposición como miembro de *[insert 2023 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 documento 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.

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

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *[insert 2023 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 2023 plan name]* entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2023 plan name]* después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *[insert 2023 plan name]* cada año. 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 tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
* *-- y --* viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, 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]. No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
* *-- y --* sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

#### Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de *[insert 2023 plan name]*

*[insert 2023 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 “generally” 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 this paragraph].*

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos 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 2.3 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 *[insert 2023 plan name]* si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

### SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

#### Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios 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 2023 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 clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

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.

#### Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. *[Plans with sub-networks (e.g., limiting members to providers within their PCP’s sub-network) insert a brief explanation of the additional limitations of your sub-network structure].* Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *[insert 2023 plan name]* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

[*Insert as applicable*: Hemos incluido una copia de nuestro *Directorio de proveedores* en el sobre con este documento]. [*Insert as applicable*: [*insert as applicable*: También] hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero en el sobre con este documento]. [La lista más actualizada de proveedores [*insert as applicable*: y proveedores] está [*insert as applicable*: también] disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*].

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros.

### SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *[insert 2023 plan name]*

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

* Prima del plan (Sección 4.1)
* Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
* Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)

Las primas de la Parte B de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare & You 2023* (*Medicare y Usted 2023*), la sección titulada “2023 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2023). Si necesita una copia, puede descargarla 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 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. [*Select one of the following:* Para 2023, la prima mensual de *[insert 2023 plan name]* es de *[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 2023 plan name]* se menciona en *[describe attachment]*. *[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]*].

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan *[insert 2023 plan name]*.

[*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].

#### Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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,] **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

#### Sección 4.3 Prima de beneficio opcional complementario

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. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más información. *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section].*

*[Delete Chapter 1, Section 4.3 if your plan doesn't offer optional supplemental benefits. Renumber remaining sections as appropriate.]*

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

**Sección 5.1 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.

Opción 1: pagar con cheque

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty 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]*: hacer que [*plans with a premium insert:* la prima del plan] se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

**Cambiar la forma en que paga su prima.** 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. Para cambiar su método de pago *[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice].*

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar [*plans with a premium insert:* la prima del plan]

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

Debemos recibir la [*plans with a premium insert:* prima de su plan] en nuestra oficina antes del *[insert day of the month]*. Si no hemos recibido el pago 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 [*plans with a premium insert:* prima] en un plazo de *[insert length of plan grace period]*.

Si tiene problemas para pagar [*plans with a premium insert:* su prima] a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su [*plans with a premium insert:* prima], Original Medicare brindará su cobertura médica.

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

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo); consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su [*plans with a premium insert:* prima del plan] dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 9 del Capítulo 7 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al *[insert phone number]* de *[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 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?**

**No.** 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 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

*[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 fuera de la red.
* Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
* Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros *[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.

### 

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

Otros seguros

*[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. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

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. 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.

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. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

* Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal 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.

## CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*

### SECCIÓN 1 Contactos de *[Insert 2023 plan name]* (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

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 2023 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 o una apelación sobre su atención médica

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

*[If the plan has different phone numbers for coverage decisions and appeals or for medical care and prescription drugs, plan should duplicate the chart as necessary, labeling appropriately.]*

| Método | Decisiones de cobertura y apelaciones de 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 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. 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:* This number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties con 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 2023 plan name]* directamente a 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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 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://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 documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.  El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare 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 2023 plan name]*:   * **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre *[insert 2023 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 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 y revisarán la información con usted. (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* *(“Programa estatal de asistencia sobre seguro médico” o “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 refer 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 denomina *[insert state-specific SHIP name]*.

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

Los asesores de *[Insert state-specific SHIP name]* 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 de *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y 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 “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio.  Ahora tiene las siguientes opciones  Opción 1: puede tener un **chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**   * + - * Opción 2: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene 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: ([insert state name]* SHIP)] 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]*  *[****Note****: plans may add email addresses here].* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (“Organización para la mejora de la calidad”) 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 refer 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 the 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].* En *[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 quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con 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 *[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, COF) finaliza demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]*’s Organización para la mejora de la calidad)]: 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 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 8:00 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 8:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) |

### SECCIÓN 6 Medicaid

*[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 refer 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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen los siguientes:

* **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 beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
* **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios 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 Individual, 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:* (*[insert state name]* programa Medicaid de]): 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 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. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| 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 contratapa de este documento). 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 el plan para obtener servicios médicos*

### 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 atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta 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”?

* 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 2023 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

*[Insert 2023 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 documento).
* **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos 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 fuera de 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 (PA), 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 es posible que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan y usted deberá buscar 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 tipo de atención médica puede recibir sin una remisión 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 la 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.
* Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
* 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?*
* *Incluya una explicación del proceso para obtener PA, incluido quién toma la decisión de PA (p. ej., el plan, PCP, otra entidad) y quién es responsable de obtener la PA (p. ej., PCP, miembro). Dirija a los miembros a la sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren PA.*
* *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. Si su médico o especialista deja de estar en el 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 nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. *[Plans should indicate if prior authorization is needed].*
* 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.
* 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 queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 7.

#### 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 fuera de 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 contratapa de este documento)].
* 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 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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

* **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or worldwide emergency/urgent coverage]*.
* [*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?

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

Los médicos que le brindan 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. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

##### ¿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”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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

[*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 para la atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios].

[*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*.*

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?

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

Si pagó más que el costo compartido de su plan 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 2023 plan name]* cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

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

### 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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, 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. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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 cualquier 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, ni tampoco que nos avise. *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, lo alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

[*For plans that offer their own studies insert the paragraph:* Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. En el caso de estos estudios, tendremos que aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.]

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.*

#### 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, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, 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.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red 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. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

*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 usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto es de $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

* Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
* Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su 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). (La publicación está 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. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención 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 hospitalaria 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 2023 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, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. [*Insert if your plan sometimes allows transfer of ownership for items other than prosthetics*: En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información].

##### ¿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 realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. [*If your plan allows ownership insert:* Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo] [*Plans who wish to honor former payments should state so*]*.*

Ejemplo 2: hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, *[insert 2023 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 2023 plan name]* o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

## 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

En este capítulo se proporciona 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 2023 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 un 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.

#### 

#### 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****: 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 de *[insert deductible amount]*. 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:* por 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 para ciertos servicios. 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 su parte. [*Insert if applicable:*Tanto el deducible del plan como el deducible por *[insert service category]* se aplican al *[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. La Tabla de beneficios en la Sección 2 muestra los deducibles de las categorías de servicios.

#### Sección 1.4 ¿Cuál es el monto 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 (MOOP) dentro de la red** es de *[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 paga por las primas del plan y los servicios que recibe 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 dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos]).Si ha pagado *[insert in-network MOOP]* por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores 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 cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).
* 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 paga por las primas del plan no se consideran 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 se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. 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 los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y 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 cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

#### 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 durante 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 la Parte B y el monto máximo que paga de su bolsillo por *[insert service category*] se aplican a su cobertura de *[insert service category]*. Esto significa que una vez que ha pagado *ya sea* *[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]]. La tabla de beneficios de la Sección 2 muestra los máximos que paga de su bolsillo por la categoría de servicio.]

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

Como miembro de *[insert 2023 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. Es posible que los proveedores no puedan agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo 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.

### 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 2023 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, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *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 2023 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].

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 más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023 [Medicare y Usted 2023].* 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].
* Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2023, 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 2023 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 they relate to VBID benefits.*

[*Insert if offering VBID Model benefits:*

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas afecciones crónicas

* Si un proveedor del plan le diagnostica alguna de 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:
  + *[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 2023   
    Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*
* Para obtener más detalles, vaya a 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 plan’s strategy for advance care planning and any other 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 2023 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 2023. 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 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions].*

[*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 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).*
* *Plans who choose to reduce cost sharing for an item or service, 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 VBID.*

*[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 FDA.

* Debido a que *[insert 2023 plan name]* participa en [*insert VBID program name],* usted podría ser 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 2023. 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 2023 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines)].*

*[Insert if offering Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill:* *Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas*

* 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 más abajo.
* Contáctenos paraaveriguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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 2022 Medicare amounts and must insert: “These are 2022 cost-sharing amounts and may change for 2023. [Insert plan name] will provide updated rates as soon as they are released”]. 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 may describe these benefits within Section 2.2.*
* *Plans with out of network services must clearly indicate for each service, both in the network and out of network cost sharing.*
* *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 special characters and/or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the special character and/or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA (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].* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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 cada 12 meses.  **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 cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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]* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados  (En el Capítulo 10 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, 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 documento]. La lista más actualizada de proveedores está [*insert as applicable:* también] disponible en nuestro sitio web en *[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 2023 plan name]*’s. 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 documento]. 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]*  Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es de *[Insert copay amount or coinsurance percentage]*, cada *[Insert required frequency of payment].*  *[Plans that use a constant cost-sharing structure for oxygen equipment insert]* Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.  *[Plans that wish to vary cost sharing for oxygen equipment after 36 months insert details including whether original cost sharing resumes after 5 years and you are still in the plan]. [If cost sharing is different for members who made 36 months of rental payments prior to joining the plan insert:]*  Si antes de inscribirse en *[insert 2023 plan name]* pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en *[insert 2023 plan name]* es de *[Plans should insert cost sharing]*. |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)  Generalmente, *[insert 2023 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 2023 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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.  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 fuera de 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 lo siguiente:   * 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. |
| Agencia de 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]* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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  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. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. 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.   Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.  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 a su proveedor del hospicio por 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. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.  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 y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).   * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, 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. | Cuando se inscribe en un programa de hospicio 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 2023 plan name]*.  *[Include information about cost sharing for hospice consultation services if applicable].* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| **Atención en un hospicio (continuación)**  Para los servicios cubiertos por *[insert 2023 plan name]* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2023 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.  **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. * Vacuna contra la COVID-19. * Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.   *[Also list any additional benefits offered].* | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19. |
| 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 2023 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 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico  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]. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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]* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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]* (como 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 (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). * Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). * Asesoramiento sobre consumo de sustancias. * Terapia individual y grupal. * Pruebas toxicológicas. * Actividades de admisión. * Evaluaciones periódicas.   *[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 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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, COF). | *[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, incluidos 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 cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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. * Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:   + Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.   + Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.   + Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. * Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente * Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si:**   + 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. |  |
| Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)   * 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. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 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, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). * 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 documento, 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. 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 cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| 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 pero, debido a su circunstancia, no es posible o no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera 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. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
| --- | --- |
| * *[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].* |  |
| 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. 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 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 no se muda permanentemente pero se ausenta constantemente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá permanecer inscrito cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses. 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.

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, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos, y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y 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 documento).

*[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 do not need to delete the item completely 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. |  | Disponible para personas dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias. |
| Cirugía o procedimientos cosméticos. |  | * 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. |
| Cuidado asistencial.  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 Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. |  | Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.  (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Cargos cobrados por la 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. |  | Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos. |
| Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies |  | Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas 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. |  | Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados. | **checkmark** |  |
| Atención quiropráctica de rutina. |  | 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. |  | 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. |  | 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** |  |

## 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

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (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. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

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 fuera de 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. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que emita una factura para el plan por la parte que nos corresponde del costo.

* Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted paga por accidente el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
* Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le 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. 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.
* 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. (Esto 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, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

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

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son 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 documento (*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

*[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing medical and drug claims].*

Puede solicitarnos que le reembolsemos *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: llamándonos o*] enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos 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. *Insert if applicable:* **Debe presentarnos la reclamación dentro de *[insert timeframe****]* a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo]. [*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. *[Insert the required data needed to make a decision (e.g. name, date of services, item, etc.)]*
* Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*[insert URL]*) o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario].

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

*[Insert address]*

### 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 usted ha seguido todas las normas, 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.
* 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. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 7 de este documento.

## CAPÍTULO 6: *Sus derechos y responsabilidades*

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

### SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales 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 y consistente con sus sensibilidades interculturales (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].*

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. *[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.

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

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

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 al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

#### 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. 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.

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 documento le explica lo que puede hacer.

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

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

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

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

* Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
* Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
* Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  + Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la 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; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por 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.

*[****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 2023 plan name]*, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

* **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
* **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
* **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
* **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

#### 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 la información completa de sus médicos y de otros proveedores de 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.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo 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.

##### 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.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un 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].
* **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. Guarde una copia en casa.

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

* El hospital 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 refer to that exhibit].*

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

#### 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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

##### ¿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.**
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).** Para obtener más información, 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 (TTY 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.**
* Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.** Para obtener más información, 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-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
  + También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

* **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  + Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
* **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico, o cobertura para medicamentos con receta por separado, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
* **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 obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  + Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  + Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
* **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, 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].
  + Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro 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].
* **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 *fuera* del área de servicio de nuestro plan,** *[if a continuation area is offered, insert “generally” here and then explain the continuation area]***no puede seguir siendo miembro del plan.**
* Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

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

*[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 problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
* Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

#### 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 facilitar las cosas, este capítulo:

* Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente 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. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden 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 documento encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

* 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.
* También puede ingresar en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

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

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.

**¿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 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.**

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

**No.**

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos, incluidos los pagos. 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 antes de recibir servicios

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) siempre que usted recibe atención médica o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la 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 cada vez que determinamos lo que cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos no cubrir un servicio o que este ya no esté cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede apelar.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si no rechazamos el caso, pero negamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede hacer 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. (Las apelaciones relacionadas con servicios médicos o medicamentos de la Parte B pasarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted no necesita hacer.). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

* **Puede llamarnos a Servicios para los miembros**.
* **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
* **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros 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*]].)
  + 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.
* **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.
  + Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros 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.
  + 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.
* **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 situaciones diferentes 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, COF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

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

#### 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 documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” que 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. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autorización la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 5.3.**

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. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**

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. **Presentar una apelación Sección 5.3.**

**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, COF)**, debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

#### Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

| **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 **“determinación acelerada”**. |

Paso 1: decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

**Por lo general, una “decisión de cobertura estándar” se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos, o de las 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

* *Solo podrá solicitar* cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*.
* 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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
* Explique que usaremos los plazos estándar.
* Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
* Explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

* 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto 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**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos 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”. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

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 usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos 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”. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
* **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 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

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

#### Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

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

Paso 1: decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

**Generalmente, una “apelación estándar” se realiza dentro de los 30 días. Generalmente, una “apelación rápida” se realiza dentro de las 72 horas.**

* 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”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
* Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

**Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

* **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
* **Debe realizar 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 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 pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
* **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.** [*If a fee is charged, insert:* Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información].

Paso 3: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

* Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
* Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

* En el caso de las apelaciones rápidas, 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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional 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. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **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,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

* En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si 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 nos tomamos 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”. 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 el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
* **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura 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 nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

| **Término Legal** |
| --- |
| 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.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

* Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina 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 toda la información relacionada con su apelación.

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

* En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después 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

* En el caso de la “apelación estándar”, 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 la 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. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
* **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 un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
* **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”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  + Explique su decisión.
  + Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  + Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la 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 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?

En el Capítulo 5 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

* **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
* **Si rechazamos su solicitud:** 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 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.** En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

* Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
* Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 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.

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 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.

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

Dentro de los dos días de su ingreso al hospital, 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. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

* 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.
* Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
* Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta 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.

**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.
* Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre 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 de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
* Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros 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 en línea en [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 de 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.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**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.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿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 el Capítulo 2.

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.**
  + Si usted cumple con este plazo, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  + 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.
* Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica 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.
* Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros 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.](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

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

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
* Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica 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.

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, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
* Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

* Si la organización de revisión *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

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.

Paso 1: usted se pone en contacto 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 decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, 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.
* En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez 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?

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

##### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, 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*

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

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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.

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

* **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean 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**, 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, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

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

| **Término Legal** |
| --- |
| 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.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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. 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.

* 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 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 en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
  + El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar un proceso de revisión de la apelación de Nivel 3, que está a cargo de 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 a una apelación de Nivel 3.
* 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 (COF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, 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.

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

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Le dice 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. |

**1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

* La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
* Cómo solicitar una “apelación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.

**2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender 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.**
* **Cumpla con los plazos.**
* **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

* En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

* 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.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

* 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.

| **Término Legal** |
| --- |
| “**Explicación detallada de no cobertura**”.Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura. |

¿Qué sucede durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
* La organización de revisión 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 recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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?

* 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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

* Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
* 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, COF) *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.

* Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

#### Sección 7.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de 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, COF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: usted se pone en contacto 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?

* **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.
* 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* El Nivel 3 es manejado 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, 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*

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

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

* **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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.

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

* **Si aceptamos su apelación**, 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**, 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, COF) *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.

| **Término Legal** |
| --- |
| 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 a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

* 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 debe ser cambiada. **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.

Paso 1: enviamos 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. 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.

* Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle 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 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
* Una apelación de Nivel 3 es revisada 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. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 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 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*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  + Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

* **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  + 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 y cómo debería continuar con ese proceso.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

* Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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

#### Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de 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. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| 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** | * ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | * ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? * ¿No está satisfecho con nuestros 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 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** | * ¿No le dimos un aviso requerido? * ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| **Puntualidad**  (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones) | Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:   * Ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. * Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. * Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

#### Sección 9.2 Cómo presentar una queja

| **Términos legales** |
| --- |
| * Una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**. * **“Presentar una queja”** también se denomina **“interponer un reclamo”**. * **“Usar el proceso para quejas”** también se denomina **“usar el proceso para interponer un reclamo”**. * Una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”**. |

#### 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.
* **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].*
* El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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.
* **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
* **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
* **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

#### Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

* **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.**
  + La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*o bien*

* **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

#### Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *[insert 2023 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). También puede llamar 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*

### SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en *[insert 2023 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. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
* 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, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puedecancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

* **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
* **Elija 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, con o sin cobertura de 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.
* 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**.

* **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
* **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
  + Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de 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.
* **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 2023 plan name]* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. 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 recibe 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)].

**Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.

**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. Puede elegir entre lo siguiente:

* + Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de 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 sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

* **Llame a Servicios para los miembros.**
* Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2023* (*Medicare y Usted 2023*).**
* Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

### SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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 2023 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 2023 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 a** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea].Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios para los miembros. * 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 2023 plan name]* se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare. |

**Nota:** si también tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta (por ejemplo, PDP individual) y cancela la inscripción en esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de pasar 63 días consecutivos o más sin una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

### 

### SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

* **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
* **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2023 plan name]* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***[Insert 2023 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, llame 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.
* [*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 ya 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, llame a Servicios para los miembros.

#### Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

*[Insert 2023 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 su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

#### 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.

## CAPÍTULO 9: *Avisos legales*

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws].* **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.hhs.gov/ocr/index](http://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. 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 2023 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*

*[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 cobertura de servicios de atención médica o pagos por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. 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 debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que: 1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

*[Plans that do not use PCPs omit]* **Atención primaria** [*insert as appropriate:* **Médico** *OR* **Proveedor**] **de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP)**: el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. 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.

**Autorización previa:** es la 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.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare o estatal 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. 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.

**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 la atención 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, COF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**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.

**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 un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

**Coseguro**: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios [*insert if applicable:* después de pagar los deducibles].

**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 que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye 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 pague.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

**Dispositivos ortésicos y protésicos**: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, 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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**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 2023 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 beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. 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.

**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 estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**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).

**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 usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda 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 Parte B], también existe un monto máximo que paga de su bolsillo para determinados tipos de servicios].

**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.

**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.

**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:* both our plan and] 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**: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo 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 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:** el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

**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 centro de cuidados 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. 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 de atención crónica:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en el título 42 del CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionadas a C- SNP.

**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. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**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).

**Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**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 i) Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), una ii) Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un iii) Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

[*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 Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (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. 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.

**Proveedor de la red**: “proveedor” es el término general 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 médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red**: un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para 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.

**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. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o los proveedores 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, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** es el término 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:** servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

**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.

**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].*

*[Insert 2023 plan name]* Servicios para los miembros

| 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:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[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.*