**[MA-only PPO models]  
[2017 ANOC model]**

***[Insert 2017 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso anual de cambios para el 2017

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

Usted está inscrito en la actualidad como miembro de *[insert 2016 plan name]*. Para el próximo año, se producirán ciertos cambios en los costos y beneficios del plan*. Esta publicación describe esos cambios.*

* **Usted puede efectuar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, únicamente entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

Fuentes de información adicionales

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas.
* Por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (los usuarios de TTY deberán llamar al *[insert TTY number].*) Nuestros horarios son *[insert days and hours of operation]*.]
* Los Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] ofrecen servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono se encuentran en *[edit section number as needed]* la Sección 8.1 de esta publicación).
* *[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* Cobertura esencial mínima (MEC): La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Interno (Internal Revenue Service, IRS) en <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision> para obtener más información sobre los requisitos individuales para la MEC.

Información acerca de *[insert 2017 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando aparecen las palabras“nosotros,” o “nuestro,” en esta publicación, significa *[insert MAO name]*. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan,” significa *[insert 2017 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado porCMS [MMDDYYYY]  *Or [insert Material ID]* Archivar y utilizar [MMDDYYYY]]

Considere su cobertura de Medicare para el próximo año

Cada otoño, Medicare le permite cambiar su cobertura médica y de recetas médicas durante el Periodo de inscripción anual. Es importante que examine su cobertura ahora, para asegurarse de que ésta cubrirá sus necesidades el próximo año.

Diligencias importantes que usted debe hacer:

* **Verifique los cambios producidos en sus beneficios y costos para ver si éstos lo afectan. ¿**Afectan esos cambios a los servicios que usted utiliza? Es importante verificar los cambios producidos en los beneficios y costos, para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades el próximo año. Examine las secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de su plan.
* **Verifique si sus médicos y demás proveedores seguirán en su red el próximo año.** ¿Siguen sus médicos estando en su red? ¿Siguen estando en su red los hospitales y demás proveedores que usted utiliza? Examine la sección *[insert section number]* para obtener información acerca de la Lista de proveedores.
* **Considere sus costos médicos en general.** ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y recetas médicas que utiliza regularmente? ¿Cuánto se gastará en las primas? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?
* **Considere si usted está o no satisfecho con nuestro plan.**

Si usted decide seguir con *[insert 2017 plan name]*:

Si usted desea seguir con nosotros en próximo año, es fácil – usted no tiene que hacer nada.

Si usted decide cambiar de plan:

Si usted decide que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si usted se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2017. Examine la Sección *[edit section number as needed]* 4.2 para averiguar más acerca de sus opciones.

Sumario de los costos significativos para el 2017

El cuadro más abajo compara los costos entre los años 2016 y 2017 para *[insert 2017 plan name]* para ciertas áreas importantes. **Por favor, tenga en cuenta que éste es únicamente un sumario de los cambios**. **Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios*** y examine la [*insert as applicable:* adjunto *Or* incluido] *Evidencia de cobertura* para ver si le atañen otros cambios en los beneficios o costos.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.]* (Examine la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para más detalles.) | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2016 deductible amount]* | *[Insert 2017 deductible amount]* |
| Costos máximos de su bolsillo  Este es el monto máximo que usted pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  (Examine la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para más detalles.) | Para proveedores de la red: *[insert 2016 in-network MOOP amount]*  Para proveedores dentro y fuera de la red combinados: *[insert 2016 combined MOOP amount]* | Para proveedores de la red: *[insert 2017 in-network MOOP amount]*  Para proveedores dentro y fuera de la red combinados: *[insert 2017 combined MOOP amount]* |
| Visitas médicas | Visitas para cuidados primarios: *[insert 2016 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialistas: *[insert 2016 cost-sharing for specialists]* por visita | Visitas para cuidados primarios: *[insert 2017 cost-sharing for PCPs]* por visita  Visitas a especialistas: *[insert 2017 cost-sharing for specialists]* por visita |
| Servicios de hospitalización  Incluye servicios de hospitalización grave, rehabilitación hospitalizada, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. Los cuidados de hospitalización comienzan el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta, es su último día de hospitalización. | *[Insert 2016 cost-sharing]* | *[Insert 2017 cost-sharing]* |

***Aviso anual de cambios para el* 2017  
Índice**

Considere su cobertura de Medicare para el próximo año 1

Sumario de los costos significativos para el 2017 2

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 5

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, seguirá inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* en el 2017 5

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 6

Sección 2.1 – Cambios en las primas mensuales 6

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo 6

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 7

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos 8

SECCIÓN 3 Otros cambios 10

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 10

Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]* 10

Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan 10

SECCIÓN 5 Fechas límite para cambiar de plan 12

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejos gratuitos acerca de Medicare 12

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas 13

SECCIÓN 8 ¿Preguntas? 14

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]* 14

Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare 15

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2017, el nombre de su plan cambiará de *[insert 2016 plan name]* a *[insert 2017 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other beneficiary communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que usted elija otro plan, seguirá inscrito automáticamente en *[insert 2017 plan name]* en el 2017

*[If the beneficiary is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs from that enrollee’s previous plan to the consolidated plan.]* El 1 de enero de 2017, *[insert MAO name]* estará combinando *[insert 2016 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2017 plan name]*.

**Si usted no hace ninguna diligencia para cambiar su cobertura de Medicare en o antes del 7 de diciembre de 2016, seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan *[insert 2017 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2017, usted recibirá su cobertura médica a través de *[insert 2017 plan name]*. Si usted lo desea, puede cambiar a otro plan médico de Medicare. Usted también puede cambiar a Medicare Original. Si quiere cambiarse, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información contenida en esta publicaciónle indica las diferencias entre sus beneficios actuales bajo *[insert 2016 plan name]* y los beneficios que usted tendrá empezando el 1 de enero de 2017 como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

[*Plans that have previously notified members about the enrollment may insert the following paragraph, editing as necessary: [Insert MAO name]* le ha enviado una carta por correo titulada “*[insert name of letter].”* Esta carta le informa que su cobertura bajo *[insert 2016 plan name]* estará terminando. La carta contiene más información sobre este cambio. Si usted tiene cualquier pregunta, o si usted no ha recibido la carta, por favor comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de esta publicación).]

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en las primas mensuales

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit.]*  (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.) | *[Insert 2016 premium amount]* | *[Insert 2017 premium amount]* |

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes médicos limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se conocen como “montos máximos de su bolsillo.” Una vez que usted alcance este monto, generalmente no pagará nada adicional por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo de su bolsillo dentro de la red  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) facilitados por proveedores de la red cuentan hacia el monto máximo de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* Su prima del plan no cuenta hacia el monto máximo de su bolsillo. | *[Insert 2016 in-network MOOP amount]* | *[Insert 2017 in-network MOOP amount]*  Una vez que usted haya pagado *[insert 2017 in-network MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B] facilitados por proveedores de la red, usted no pagará nada adicional por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B] facilitados por proveedores de la red por el resto del año calendario. |
| Monto máximo combinado de su bolsillo  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) facilitados por proveedores dentro y fuera de la red cuentan hacia el monto máximo combinado de su bolsillo. [*Plans with no premium delete the following sentence.]* Su prima del plan no cuenta hacia el monto máximo de su bolsillo. | *[Insert 2016 combined MOOP amount]* | *[Insert 2017 combined MOOP amount]*  Una vez que usted haya pagado *[insert 2017 combined MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B], no pagará nada adicional por servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y Parte B] facilitados por proveedores dentro y fuera de la red, por el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de proveedores en el sobre junto con esta publicación.] Usted puede localizar una Lista de proveedores actualizada en nuestro sitio Web *[insert URL]*.] Usted también puede comunicarse con los Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores, o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de proveedores. **Por favor, examine la Lista de Proveedores para el año 2017, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red**.

O

[*For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* Nuestra red ha cambiado más de lo usual para 2017. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestra Lista de Proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web [*insert URL*] puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para solictarnos que le enviemos una Lista de Proveedores por correo. **Le recomendamos que examine la Lista de Proveedores para el año 2017, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red**.

Es importante que usted sepa que tal vez efectuemos cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que formarán parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor tal vez abandone su plan, pero si su médico o especialista efectivamente dejan su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

* Aún cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible, le avisaremos por escrito con al menos 30 días de antelación que su proveedor está dejando nuestro plan, para que usted tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
* Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo necesidades de cuidados médicos.
* Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
* Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
* Si usted se entera que su médico o especialista está dejando su plan, por favor, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a localizar un nuevo proveedor y a atender a sus necesidades de cuidado médico.

### Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted paga por los servicios médicos cubiertos, serán exactamente los mismos en el 2017, a los que fueron en el 2016.]

El próximo año estaremos cambiando su cobertura para ciertos servicios médicos. La información más abajo describe estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos para estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura para el año 2017.*

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2016 benefits that will end for 2017, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new limitations or restrictions on Part C benefits for CY 2017; and (3) all changes in cost-sharing for 2017 for covered medical services, including any changes to service category, out-of-pocket maximums, and cost-sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2016 insert: [insert benefit name]* no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de $*[insert 2016 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga el *[insert 2016 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “for up to one visit per year”)].*] | [*For benefits that are not covered in 2017 insert: [insert benefit name]* no está cubierto.]  [*For benefits with a copayment insert:* Usted paga un copago de $*[insert 2017 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., “per office visit”)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga el *[insert 2017 coinsurance percentage]*% del costo total *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”].*] |
| *[*I*nsert benefit name]* | *[Insert 2016 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2017 cost/coverage, using format described above.]* |

SECCIÓN 3 Otros cambios

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, changes in prior authorization requirements, change in contract or PBP number) may insert this section and describe the changes in the table below. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Costo | 2016 (este año) | 2017 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2016 administrative description]* | *[Insert 2017 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si usted desea seguir en *[insert 2017 plan name]*

**Para seguir en su plan usted no necesita hacer nada.** Si usted no se inscribe en otro plan ni cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, seguirá automáticamente inscrito en su plan para el 2017.

### Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan

Esperamos que usted siga siendo nuestro miembro el próximo año, pero si usted desea cambiar de plan en el 2017, haga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

* Usted puede inscribirse en otro plan médico de Medicare,
* *-- O BIEN --* Usted puede cambiar a Medicare Original. Si usted cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea tener un plan Medicare de recetas médicas y si desea comprar una póliza de suplemento a Medicare (Medigap, in inglés).

Para averiguar más acerca de Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare y usted para el 2017*, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6), o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

Usted también puede localizar información acerca de los planes en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página Web de Medicare. Visite la página Web <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Localice planes médicos y de recetas médicas.” **En este, usted podrá localizar información acerca de costos, cobertura, y evaluaciones de calidad en cuanto a los planes de Medicare.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Como recordatorio, *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes médicos de Medicare *AND/OR* planes Medicare de recetas médicas. Estos otros planes pueden ser diferentes en cuanto a cobertura, primas mensuales, y montos de los costos compartidos.]]

Paso 2: Cambie su cobertura

* Para cambiar **a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Usted será automáticamente cancelado en *[insert 2017 plan name]*.
  + Para **cambiar a Medicare Original incluyendo un plan de recetas médicas,** inscríbase en el nuevo plan de recetas médicas. Usted será automáticamente cancelado en *[insert 2017 plan name]*.
* Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de recetas médicas,** usted deberá:
  + Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar. Comunicarse con nuestros Servicios para Miembros si usted necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección *[edit section number as needed]* 8.1 de esta publicación).
  + *– o bien –* Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar la cancelación. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fechas límite para cambiar de plan

Si usted desea cambiar a otro plan o cambiar a Medicare Original el próximo año, usted podrá hacerlo **entre el** **15 de octubre y el 7 de diciembre.** El cambio será efectivo el 1 de enero de 2017.

¿Existen otras fechas del año en las que pueda hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se autorizan cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que obtienen “Ayuda adicional” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tiene o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se muden fuera del área de servicio, están autorizadas a hacer un cambio en otras fechas del año. Para más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura.*

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage efectivo el 1 de enero de 2017, y no le gusta su elección, usted puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2017. Para más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen consejos gratuitos acerca de Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros en cada estado. En *[insert state]*, el Programa SHIP se denomina *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para facilitar localmente consejos **gratuitos** acerca del seguro médico, a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar a sus preguntas acerca de cómo cambiar de planes. Usted puede comunicarse con *[insert state-specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Usted puede averiguar más acerca de *[insert state-specific SHIP name]* visitando su página Web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por las recetas médicas

Tal vez usted califique para ayuda para pagar por las recetas médicas. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence.]* A continuación enumeramos los distintos tipos de ayuda:

* **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados tal vez califiquen para “Ayuda adicional” para pagar por los costos de sus recetas médicas. Si usted califica, Medicare tal vez pague hasta el 75% o más de sus costos de recetas médicas incluyendo las primas mensuales de recetas médicas, los deducibles anuales, y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para averiguar si usted califica, llame:
  + Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
  + A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  + A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s) should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“State Pharmaceutical Assistance Program”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del Programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* ofrece un programa llamado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las persona a pagar por recetas médicas en base a sus necesidades financieras, edad, o condición médica*.* Para averiguar más acerca del programa, consulte el Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono para esta organización se encuentran en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de esta publicación)*.*
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **¿Qué ocurre si usted tiene cobertura a través de un** **Programa de asistencia para recetas médicas para el SIDA (ADAP, en inglés)?** El Programa de asistencia para recetas médicas para SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA y que tienen acceso a recetas médicas vitales para tratar VIH. Las recetas médicas de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por ADAP, califican para asistencia de costos compartidos de los medicamentos *[insert State-specific ADAP information]*. Nota: Para ser elegible para el programa ADAP operando en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado, estatus como paciente VIH, comprobante de bajos ingresos según lo defina el estado, y estatus como persona sin seguro o con seguro insuficiente.
* Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, el programa puede seguir facilitándole asistencia para los costos compartidos de las recetas médicas de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del programa ADAP. Para asegurarse de que usted sigue recibiendo esta asistencia, por favor notifique al representante de inscripciones de su ADAP local acerca de cualquier cambio de nombre o de número de póliza de su Plan de la Parte D de Medicare. *[Insert State-specific ADAP contact information.]*

Para información acerca de criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o de cómo inscribirse en el programa, por favor llame a*[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de *[insert 2017 plan name]*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor llame a nuestros Servicios para Miembros al *[insert nuestros Servicios para Miembros phone number].* (Los usuarios de TTY deberán llamar al *[insert TTY number].)* Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Examine su *Evidencia de Cobertura para el 2017* (la cual incluye detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* detalla un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2017. Para más detalles, examine la *Evidencia de Cobertura* para el 2017 de *[insert 2017 plan name].* La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Ésta explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* está adjunta en esta publicación.

Visite nuestro sitio Web

Usted también puede visitar a nuestro sitio Web *[insert URL]*. Por favor recuerde que nuestro sitio Web contiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Lista de proveedores).

### Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio Web de Medicare

Usted puede visitar el sitio Web de Medicare ((<http://www.medicare.gov>). Éste contiene toda la información acerca de costos, cobertura, y evaluaciones de calidad para ayudarle a comparar los diferentes planes médicos de Medicare.Usted puede obtener información acerca de planes disponibles en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare del sitio Web de Medicare. (Para consultar la información acerca de los planes, visite el sitio Web (<http://www.medicare.gov>) y haga clic en “Localizar planes médicos y de recetas médicas.”)

Examine la publicación *Medicare y usted para el 2017*

Usted puede consultarla publicación *Medicare y usted para el 2017*. Cada otoño, enviamos esta publicación por correo a las personas con Medicare. Ésta incluye un resumen de los beneficio, derechos, y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no dispone de una copia de esta publicación, puede obtenerla visitando el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al   
1-877-486-2048.

**[2017 EOC model]**

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017**

# Evidencia de Cobertura:

**Sus beneficios y servicios médicos [*insert if applicable:* y cobertura de recetas médicas] de Medicare, como miembro de *[insert 2017 plan name][insert plan type]***

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

Esta publicación le facilita detalles acerca de su cobertura médica bajo Medicare entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. También explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidados médicos que usted necesite.

**Éste es un importante documento legal. Por favor, guárdelo en un sitio seguro.**

Este plan, *[insert 2017 plan name],* es ofrecido por *[insert MAO name]*. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* aparecen las palabras“nosotros,” o “nuestro,” significa *[insert MAO name].* Cuando aparecen las palabra “plan” o “nuestro plan,” significa *[insert 2017 plan name].*)

*[Insert Federal contracting statement.]*

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas.

Por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al *[insert phone number]* para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al *[insert TTY number].*) Nuestros horarios son *[insert days and hours of operation]*.]

Nuestros Servicios para Miembros [*plans that meet the 5% threshold insert:* también] también ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés *[plans that meet the 5% threshold delete the rest of this sentence]* (los números de teléfono están indicados en la contraportada de esta publicación).

*[Plans that meet the 5% threshold insert the paragraph above in all applicable languages.]*

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

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* Los beneficios, formulario, red de farmacias, prima, deducible, y/o copagos/coseguro tal vez cambien el 1 de enero de 2018.

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

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* Aprobado por CMS [MMDDYYYY] *O [insert Material ID]* Archivar y utilizar[MMDDYYYY]]

**Evidencia de Cobertura para el 2017**

**Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para localizar más fácilmente la información que usted necesite, consulte la primera página de cualquier capítulo. **Usted encontrará una lista detallada acerca de diferentes temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro 1

Explica lo que significa ser miembro de un plan médico de Medicare y cómo utilizar esta publicación. También explica acerca de la información y documentos que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta como miembro del plan, y cómo mantener actualizados sus datos como miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 2

Explica cómo comunicarse con su plan (*[insert 2017 plan name]*) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, en inglés), la Organización de mejoramiento de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas como ingresos bajos), y la Junta de retiro ferroviario.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos 17

Explica temas importantes que usted debe conocer acerca de cómo obtener su cuidados médicos del plan en tanto que miembro. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan, y cómo obtener cuidados cuando usted tenga una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted) 34

Proporciona detalles acerca de qué tipos de cuidados médicos está cubiertos y cuáles *no* lo están, como miembro de nuestro plan. Explica qué porción de los costos usted pagará por sus cuidados médicos cubiertos.

Capítulo 5. Cómo solicitar que paguemos nuestra porción de una factura que usted recibió por cuidados médicos cubiertos 78

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea que le reembolsemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 84

Explica los derechos que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le indica qué puede usted hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 7. Qué hacer si usted tiene un problema o una queja   
(decisiones acerca de cobertura, apelaciones, quejas) 96

Indica lo que usted debe hacer, paso por paso, si está teniendo problemas o preocupaciones como miembro de nuestro plan.

* Explica cómo solicitar decisiones en cuanto a cobertura y cómo apelar si usted está teniendo dificultades para recibir el cuidado médico que usted piensa debe estar cubierto por nuestro plan. Esto incluye el solicitar que sigamos cubriendo cuidados hospitalarios y ciertos tipos de servicios médicos, si usted piensa que su cobertura estará terminando pronto.
* Explica cómo presentar quejas acerca de la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente, y otras preocupaciones.

Capítulo 8. Cómo cancelar su plan 143

Explica cuándo y cómo usted puede cancelar su plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan está obligado a cancelar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales 153

Incluye avisos acerca de la ley y acerca de no-discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de términos importantes 156

Explica el significado de términos importantes utilizados en esta publicación.

CAPÍTULO 1

Por dónde empezar una vez que usted es miembro

## Capítulo 1. Por dónde empezar una vez que usted es miembro

SECCIÓN 1 Introducción 2

Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, un plan PPO de Medicare 2

Sección 1.2 ¿En qué consiste el folleto *Evidencia de cobertura*? 2

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 2

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan? 3

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 3

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? 3

Sección 2.3 Área de servicio del plan *[insert 2017 plan name]* 4

Sección 2.4 Ciudadano o presencia legal en EE. UU. 4

SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá usted de nosotros? 5

Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener los cuidados cubiertos 5

Sección 3.2 La *Lista de proveedores*: Su guía de todos los proveedores en la red del plan 5

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]* 6

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan? 6

Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar la prima de su plan 8

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 9

SECCIÓN 5 Por favor, mantenga actualizados sus datos como miembro 10

Sección 5.1 Cómo ayudarnos a tener la información correcta acerca de usted 10

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal 11

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica está protegida 11

SECCIÓN 7 Cómo otros seguros se coordinan con su plan 11

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 11

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en *[insert 2017 plan name]*, un plan PPO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare, y ha elegido obtener su cobertura médica de Medicare a través de nuestro plan, *[insert 2017 plan name]*.

Existen diferentes tipos de planes médicos de Medicare. *[Insert 2017 plan name]* es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de proveedores preferidos). Este plan no incluye la Parte D o sea, cobertura de recetas médicas. Al igual que todos los planes médicos de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

#### Sección 1.2 ¿En qué consiste el folleto *Evidencia de cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener su cobertura de medicamentos por receta de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura de medicamentos por receta disponible para usted como miembro de *[insert 2017 plan name]*.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este folleto de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado o tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse con Servicios para los Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *[insert 2017 plan name]* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre los cambios a su cobertura o las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está en vigor por los meses en los que esté inscrito en *[insert 2017 plan name]* entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *[insert 2017 plan name]* después del 31 de diciembre de 2017. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2017.

Cada año Medicare tiene que aprobar nuestro plan

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) tiene que aprobar *[insert 2017 plan name]* cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

### SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?

#### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan mientras:*

* Ustedtenga la Parte A o la Parte B de Medicare (la sección 2.2 de abajo describe la Parte A y la Parte B de Medicare)
* *-- y* viva en nuestra área gerográfica de servicio (la sección 2.3 más adelante describe nuestra área de servicio)
* -- *y* -- usted es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos
* *-- y --* usted *no* sufre una Enfermedad renal en fase terminal (ESRD, en inglés), aparte algunas excepciones limitadas, tales como si usted empezó a sufrir ESRD cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos, o era miembro de otro plan Medicare Advantage que fuera cancelado.

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

Cuando usted solicitó Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

* La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios facilitados por los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada, o agencias de cuidados en el hogar. La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (tales como visitas médicas y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (tales como equipo médico durable y suministros).

#### Sección 2.3 Área de servicio del plan *[insert 2017 plan name]*

Aunque Medicare sea un programa federal, *[insert 2017 plan name]* únicamente está disponible a las personas que residan en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted [*if a “continuation area” is offered under 42 C.F.R. 422.54, insert “generalmente” here, and add a sentence describing the continuation area*] deberá seguir residiendo en el área de servicio del plan. Esta área de servicio está descrita [*insert as appropriate:* más abajo *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 county name only if approved for entire county. For partially approved counties, use county name plus zip code. 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 estos estados: *[insert states]*   
Nuestra área de servicio incluye estos condados en *[insert state]*: *[insert counties]*   
Nuestra área de servicio incluye estas partes de los condados en *[insert state]*: *[insert county]*, únicamente en los 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, tal vez existan diferencias de costos y otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si usted se muda fuera del estado [*insert if applicable:* o territorio*]* a otro estado [*insert if applicable:* o territorio]que aún está dentro de nuestra área de servicio, usted deberá llamar a nuestros Servicios para Miembros para actualizar su información*. [National plans delete the rest of this paragraph]* Si usted se muda a otro estado [*insert if applicable:* o territorio]fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros para averiguar si ofrecemos un plan en su nuevo estado [*insert if applicable:* o territorio].]

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Cuando se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de recetas médicas de Medicare que esté disponible en su nueva localización.

También es importante que usted llame al Seguro Social si usted se muda o cambia su dirección postal. Usted puede localizar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

#### Sección 2.4 Ciudadano o presencia legal en EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de EE. UU. o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Services) le notificarán *[insert 2017 plan name]* si no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. *[Insert 2017 plan name]* debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

### SECCIÓN 3 ¿Qué otros documentos recibirá usted de nosotros?

#### Sección 3.1 Su tarjeta como miembro de nuestro plan – Utilícela para obtener los cuidados cubiertos

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta como miembro de nuestro plan al obtener cualquier servicio cubierto por este plan. Más abajo puede ver un ejemplo de tarjeta de membresía similar a la que usted tendrá:

*[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.]*

Mientras usted sea miembro de nuestro plan **usted no deberá utilizar su tarjeta de Medicare roja, blanca, y azul** para obtener servicios médicos cubiertos (exceptuando estudios rutinarios de investigación clínica y servicios de hospicio). Guarde su tarjeta de Medicare roja, blanca, y azul en un lugar seguro por si la necesitara más tarde.

**Por qué esto es tan importante:** Si usted recibe servicios cubiertos utilizando su tarjeta de Medicare roja, blanca, y azul en vez de utilizar su tarjeta de membresía de *[insert 2017 plan name]* mientras sea miembro del plan, tal vez tenga que pagar por el costo total usted mismo.

Si su tarjeta como miembro del plan es dañada, extraviada, o robada, llame a nuestros Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

#### Sección 3.2 La *Lista de proveedores*: Su guía de todos los proveedores en la red del plan

La *Lista de proveedores* detalla los proveedores de la red [*insert if applicable*: y proveedores de equipo medico duradero].

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

Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidados médicos, grupos médicos, [*insert if applicable*: y proveedores de equipo medico duradero] hospitales, y otros centros de cuidados médicos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores faciliten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. [*Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo medico duradero en el sobre con este folleto. La lista de proveedores más reciente [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.]

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidados de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios facilitados dentro o fuera de la red, siempre que esos servicios sean beneficios cubiertos y necesarios por razones médicas. Sin embargo, si usted utiliza un proveedor fuera de la red, su porción de los costos por sus servicios cubiertos tal vez sea más elevada. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del Plan para sus servicios médicos*) para información más específica.

[*Regional PPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a)(1)(ii) to meet access requirements should insert:* Ya que nuestro Plan es una Organización de proveedores preferidos regional, si ningún proveedor de la red está fácilmente disponible, usted podrá obtener cuidados de un proveedor fuera de la red, al mismo costo compartido que si fuera dentro de la red. Llame a nuestros Servicios para Miembros para hacernos saber que usted necesita utilizar un proveedor fuera de la red, o para obtener ayuda para localizar un proveedor fuera de la red.]

Si usted no dispone de su copia de la *Lista de proveedores*, puede solicitar una copia de nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Usted puede solicitar de nuestros Servicios para Miembros más información acerca de nuestra red de proveedores, incluyendo sus calificaciones. [*Plans may add additional information describing the information available in the provider directory, on the plan’s website, or from Nuestros Servicios para Miembros. For example:* Usted también puede consultar o descargar la *Lista de proveedores* visitando el sitio Web *[insert URL]*. Tanto los Servicios para Miembros como la página Web pueden facilitarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red.]

### SECCIÓN 4 Su prima mensual para *[insert 2017 plan name]*

#### Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. [*Select one of the following:* Para el 2017, la prima mensual para *[insert 2017 plan name]* es *[insert monthly premium amount]*. *OR* El cuadro siguiente indica el monto de la prima mensual del plan para cada región que servimos. *OR* El cuadro siguiente indica el monto de la prima mensual para cada plan que estamos ofreciendo en el área de servicio. *OR* El monto de la prima mensual para *[insert 2017 plan name]* está indicado 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.]*] Además, deberá continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B se la pague Medicaid o un tercero).

[*Plans with no premium should replace the preceding paragraph with:* Usted no paga una prima mensual separada para *[insert 2017 plan name]*. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o una tercera parte).]

[*Insert if applicable:* Su cobertura está facilitada a través de un contrato con su empleador actual o un empleador previo o un sindicato. Por favor, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o del sindicato para obtener información acerca de la prima de su plan.]

##### En algunos casos, la prima de su plan puede ser más elevada

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

[*MA-only plans that offer optional supplemental benefits may replace the text below with the following:* En algunos casos, a prima de su plan tal vez sea más elevada que el monto indicado en la Sección 4.1.Si usted se inscribió para tener beneficios adicionales, también conocidos como “beneficios suplementarios opcionales”, usted pagará una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de las primas de nuestro plan, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). *[If the plan describes optional supplemental benefits within Chapter 4, then the plan must include the premium amounts for those benefits in this section.]*]

##### Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

[*Plans with no monthly premium, omit:* Además de pagar la prima mensual del plan,] muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2, para sr elegible para nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parta A sin pagar una prima) pagan una prima para la Parte A de Medicare. Además, la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted deberá seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia de *Medicare y usted para el* *2017* facilita información acerca de estas primas en la sección “Costos de Medicare para el 2017.” Ésta explica cómo las primas de la Parte B de Medicare varían según los ingresos de cada persona. Toda persona con Medicare recibe una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellos que son nuevos en Medicare la reciben en un plazo de un mes después de inscribirse. Usted también puede descargar una copia de *Medicare y Usted para el 2017* visitando el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 4.2 Existen varias maneras de pagar la prima de su plan

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

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

Si usted decide cambiar la manera de pagar su prima, pueden transcurrir hasta tres meses para que el nuevo método de pago sea efectivo. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que la prima de su plan es pagada oportunamente.

##### Opción 1: Usted puede pagar por medio de un cheque

*[Insert plan specifics regarding premium payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that beneficiaries 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 beneficiaries 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 enrollees who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

##### Opción *[insert number]*: Usted puede solicitar que la prima del plan sea deducida de su cheque mensual del Seguro Social

Usted puede solicitar que la prima del plan sea deducida de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros para obtener más información acerca de cómo pagar su prima mensual de esta manera. Le ayudaremos gustosamente a habilitar este método. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

##### ¿Qué hacer si está teniendo dificultades para pagar la prima de su plan?

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

La prima de su plan debe ser recibida en nuestras oficinas en o antes del *[insert day of the month]*. Si no recibimos su pago de la prima en o antes del *[insert day of the month]*, le enviaremos un aviso informándole de que su membresía en el plan será terminada si no recibimos el pago de su prima en un plazo de *[insert length of plan grace period]*.

Si usted está teniendo dificultades para pagar su prima oportunamente, por favor, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros para ver si podemos referirlo a algún programa que le ayudará con la prima de su plan. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

Si terminamos su membresía porque usted no pagó su prima, usted tendrá cobertura médica bajo Medicare Original.

[*Insert if applicable:* En la fecha de terminación de su membresía, tal vez usted aún nos deba por las primas que no pagó. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* Nosotros tenemos el derecho a exigir el pago de estas primas. *AND/OR* En el futuro, si usted desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), usted deberá pagar las primas que aún nos deba antes de poder inscribirse.]]

Si usted piensa que hemos terminado su membresía erróneamente, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión presentando una queja. El Capítulo 7, Sección 9 de esta publicación indica cómo presentar una queja. Si usted ha tenido una emergencia fuera de su control que causó que usted no pudiera pagar sus primas dentro del periodo de gracia, puede solicitar que Medicare reconsidere esta decisión llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

**No.** [*Plans with no premium replace next sentence with the following:* No estamos autorizados a empezar a cobrar una prima mensual para el plan durante el año.] No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en el mes de septiembre y el cambio será efectivo el 1 de enero.

### SECCIÓN 5 Por favor, mantenga actualizados sus datos como miembro

#### Sección 5.1 Cómo ayudarnos a tener la información correcta acerca de usted

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

Su registro de membresía contiene información facilitada en su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura de su plan específico [*insert as appropriate:* incluyendo su Proveedor de cuidados primarios/Grupo médico/IPA].

Los médicos, hospitales, y otros proveedores en la red del plan, necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y los montos de los gastos compartidos que le corresponden**. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

##### Infórmenos acerca de estos cambios:

* Cambios en su nombre, su dirección, o su número de teléfono
* Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico que usted tenga (tales como de su empleador, el empleador de su cónyuge, seguro del trabajador, o Medicaid)
* Si usted tiene cualquier reclamación por responsabilidad, tales como una reclamación de seguro de automóvil
* Si ha sido ingresado en un asilo de ancianos
* Si usted recibe cuidados en un hospital o sala de emergencias fuera del área de servicio o fuera de la red
* Si cambia la persona responsable por usted (como por ejemplo su cuidador)
* Si usted está participando en un estudio de investigación clínica

Si cualquiera de estas informaciones cambia, por favor, háganoslo saber llamando a Nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). *[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 usted se muda o cambia su dirección postal. Usted puede localizar los números de teléfono y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

##### Lea toda la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare requiere que recopilemos datos acerca de cualquier otro seguro médico o de recetas médicas que usted tenga. Eso es debido a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga, con sus beneficios bajo su plan. (Para más información acerca de cómo su cobertura funciona cuando usted tiene otro seguro médico, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta que detalla cualquier otra cobertura médica o de recetas médicas que sepamos usted tenga. Por favor, lea esta información detalladamente. Si es correcta, usted no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no está detallada, por favor, llame a Nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

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

#### Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica está protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requieren las leyes.

Para más información acerca de cómo protegemos su información médica personal, por favor lea el Capítulo 6, Sección 1.4 de esta publicación.

### SECCIÓN 7 Cómo otros seguros se coordinan con su plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (tal como cobertura grupal a través de un empleador), existen reglas dictadas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después, denominado “pagador secundario,” sólo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cubertura primaria. El pagador secundario tal vez no pague todos los costos no cubiertos por el pagador primario.

Estas reglas aplican a la cobertura de planes médicos a través de empleadores o sindicatos:

* Si usted tiene cobertura de retirado, Medicare paga primero.
* Si la cobertura de su plan médico grupal está basada en el empleo actual suyo o de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare en base a su edad, discapacidad, o Enfermedad renal en fase terminal (ESRD, en inglés):
  + Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado, y usted o un familiar aún están trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador emplea 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 100 empleados.
  + Si usted tiene 65 años o más y usted o un familiar aún están trabajando, su plan grupal de salud paga primero si el empleador emplea 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 20 empleados.
* Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los 30 primeros meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura usualmente pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

* Seguro a todo riesgo (incluyendo seguro de automóvil)
* Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
* Beneficios por pulmón negro
* Seguro del trabajador

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de seguro médico grupales, y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, hágaselo saber a su médico, hospital, y farmacia. Si usted tiene preguntas acerca de quién paga primero, o necesita actualizar la información acerca de su otro seguro, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Tal vez usted tenga que facilitar su número de identidad con su plan a sus demás aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas sean pagadas correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

## Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Números de Contacto de *[Insert 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar nuestros Servicios para Miembros del plan) 3

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 8

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda e información gratuitas, y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 10

SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare) 11

SECCIÓN 5 Seguro Social 12

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos) 13

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario 14

SECCIÓN 8 ¿Tiene usted “seguro grupal” u otro seguro médico a través de un empleador? 15

### SECCIÓN 1 Números de Contacto de *[Insert 2017 plan name]* (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar nuestros Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con nuestros Servicios para Miembros dentro del plan

Para ayuda con sus reclamaciones, facturas o preguntas acerca de su tarjeta como miembro, por favor llame o escriba a nuestros Servicios para Miembros de *[insert 2017 plan name]*. Lo ayudaremos gustosamente.

| Método | **Nuestros Servicios para Miembros – Información de contacto** |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[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.]*  Nuestros Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* no] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **PÁGINA 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 si está solicitando una decisión de cobertura acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura en cuanto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 7 (*qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Usted nos puede llamar si tiene preguntas acerca de nuestros procesos de decisión de cobertura.

| Método | Decisiones de cobertura – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[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 requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] 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** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited organization determinations, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional: Insert URL]* |

Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación acerca de su cuidado médico

Una apelación es un método formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos hecho previamente. Para más información acerca de cómo presentar una apelación acerca de su cuidado médico, consulte el Capítulo 7 (*qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Apelaciones en cuanto a cuidado médico – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **FAX** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited appeals, also include that number here.]* |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited appeals, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

Cómo comunicarse co nosotros cuando está presentando una queja acerca de su cuidado médico

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no se relaciona con quejas acerca de cobertura o pagos. (Si su problema es acerca de la cobertura del plan o de pagos, consulte la sección anterior acerca de apelaciones.) Para más información acerca de cómo presentar una queja en cuanto a su cuidado médico, consulte el Capítulo 7 (*qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Quejas acerca de cuidado médico – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number]*  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] 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** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]* |
| **PÁGINA WEB DE MEDICARE** | Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet a Medicare visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

Dónde enviar una solicitud de pago por nuestra porción del costo para cuidado médico que usted ha recibido

Para más información acerca de situaciones en las que tal vez tenga que solicitarnos que reembolsemos o paguemos una factura que usted ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*cómo solicitar que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

**Por favor tenga en cuenta:** Si usted nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier porción de la misma, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 *(qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* para más información.

| Método | Solicitudes de pago – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[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 requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] 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** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Optional:* *Insert URL]* |

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para las personas con 65 años de edad o más, algunas personas con menos de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en fase terminal (deficiencia renal permanente que requiere diálisis, o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces se denomina “CMS”). Esta agencia contrata con las organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo la nuestra.

| Método | Medicare – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227  Las llamadas a este número son gratuitas.  24 horas al día, 7 días a la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **PÁGINA WEB** | <http://www.medicare.gov>  Esta es la página Web oficial del gobierno para Medicare.Le facilita información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicares. También incluye información acerca de hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de cuidados en el hogar, y centros de diálisis. Incluye publicaciones que usted puede imprimir directamente en su computadora. Usted también puede localizar contactos de Medicare en su estado.  El sitio Web de Medicare también incluye información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare por medio de las siguientes herramientas:   * **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Facilita información sobre su estatus de elegibilidad para Medicare. * **Buscador de planes de Medicare:** Facilita información personalizada acerca de planes Medicare de recetas médicas, planes médicos de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas facilitan un *estimado* de cuánto podrán ser los costos de su bolsillo en cada plan de Medicare.   Usted también puede utilizar el sitio Web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga acerca de *[insert 2017 plan name]*:   * **Informe a Medicare acerca de su queja:** Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.   Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o su centro para la tercera edad tal vez pueda ayudarle a visitar este sitio Web a través de sus computadoras. O bien, usted puede llamar a Medicare e indicarles la información que necesita. Ellos localizarán la información en el sitio Web, la imprimirán, y se la enviarán a usted. (Usted puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.)   * **Cobertura esencial mínima (MEC):**La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (Minimum essential coverage,MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) individual shared responsibility requirement. Visite el sitio web del Servicio de Recaudación Interna (Internal Revenue Service, IRS) en http://[www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision](http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision) para obtener más información sobre los requisitos individuales de la MEC. |

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

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que incluye consejeros capacitados en cada estado. *[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:* He aquí una lista de los Programas estatales de asistencia sobre el seguro médico disponibles en cada estado que servimos:] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* En *[insert state]*, el Programa SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer localmente consejos gratuitos acerca del seguro médico a las personas con Medicare.

Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas acerca de Medicare. Le pueden ayudar a entender sus derechos bajo Medicare, ayudarle a presentar quejas acerca de su cuidado o tratamiento médico, y ayudarle a solventar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de *[Insert state-specific SHIP name]* también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas acerca de un cambio de planes.

| Método | *[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP’s name does not include the name of the state, add:* (SHIP de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare)

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

Existe una Organización de mejoramiento de la calidad designada para cada estado para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* He aquí una lista de organizaciones de mejoramiento de la calidad en cada estado que servimos:] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* Para *[insert state]*, la Organización de mejoramiento de la calidad se llama *[insert state-specific QIO name]*.

*[Insert state-specific QIO name]* incluye un grupo de médicos y otros profesionales de cuidados médicos que son pagados por el gobierno federal. Esta organización es pagada por Medicare para monitorear y ayudar a mejorar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare. *[Insert state-specific QIO name]* es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con *[insert state-specific QIO name]* en cualquiera de estas situaciones:

* Usted tiene una queja acerca de los cuidados que ha recibido.
* Usted piensa que la cobertura para su hospitalización está terminando demasiado pronto.
* Usted piensa que la cobertura para sus cuidados en el hogar, en un centro de enfermería especializada, o los servicios de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) están terminando demasiado pronto.

| Método | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO’s name does not include the name of the state, add:* (Organización para el mejoramiento de la calidad de *[insert state name]*)] |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses que tienen 65 años o más, o que sufren una discapacidad o ESRD, y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselo saber.

| Método | Seguro Social– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | 1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.  Usted puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer sus diligencias 24 horas al día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. |
| **PÁGINA WEB** | <http://www.ssa.gov> |

### SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos)

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

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

Medicaid es un programa del gobierno conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados, a pagar por los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Adicionalmente, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar por sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

* **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (tales como deducibles, coseguro, y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+, en inglés).)
* **Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+, en inglés).)
* **Individuo calificado (QI, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B.
* **Individuos calificados discapacitados y empleados (QDWI, en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A.

Para averiguar más acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con *[insert state-specific Medicaid agency]*.

| Método | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency’s name does not include the name of the state, add:* (Programa Medicaid de *[insert state name]*)]– Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **PÁGINA WEB** | *[Insert URL]* |

### SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario

La Junta de retiro ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de toda la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta de retiro ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de retiro ferroviario, es importante que usted les informe si se muda o si cambia de dirección postal

| Método | Junta de retiro ferroviario – Información de contacto |
| --- | --- |
| **CALL** | 1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, de lunes a viernes  Si usted tiene un teléfono de marcación por tonos, podrá acceder a información grabada y servicios automatizados 24 horas al día, incluyendo fines de semana y días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **WEBSITE** | <http://www.rrb.gov> |

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de retirados, como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a nuestros Servicios para Miembros si tiene cualquier pregunta. Usted puede preguntar acerca de los beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de retirados. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.) Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su cuidado médico cubiertos como miembro de nuestro plan 19

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 19

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan 19

SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener sus cuidados médicos 20

Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) que facilite y supervise sus cuidados médicos 20

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted obtener sin tener que solicitar autorización previa de su PCP? 21

Sección 2.3 Cómo obtener cuidados de especialistas y otros proveedores de la red 22

Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red 23

Sección 2.5 Cómo obtener cuidados si vive en un área fuera de la red 24

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o necesita cuidados urgentes, o durante un desastre 24

Sección 3.1 Cómo obtener cuidados si tiene una emergencia médica 24

Sección 3.2 Cómo obtener cuidados cuando necesita servicios de urgencia 25

Sección 3.2 Cómo obtener cuidados durante un desastre 26

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? 27

Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos 27

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total 27

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando forma parte de un “estudio de investigación clínica”? 28

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 28

Sección 5.2 ¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por los diferentes servicios? 29

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no-médica religiosa” 30

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no-médica religiosa? 30

Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no-médica religiosa están cubiertos por nuestro plan? 30

SECCIÓN 7 Reglas para quedarse con el equipo médico duradero 31

Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan? 31

### SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su cuidado médico cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe usted saber acerca de cómo utilizar el plan para obtener su cobertura de cuidado médico. Le explica las definiciones de los términos y las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos, servicios, y otros cuidados médicos cubiertos por este plan.

Para detalles acerca de qué cuidados médicos están cubiertos por nuestro plan y cuánto usted paga cuando los recibe, consulte el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4 siguiente (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y lo que usted paga*).

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

Vea a continuación unas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener los cuidados y servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

* **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de cuidados médicos licenciados por el estado para facilitar servicios y cuidados médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de cuidados médicos.
* **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de cuidados médicos, grupos médicos, hospitales, otros centros de cuidados de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los montos de sus costos compartidos como pago completo. Hemos negociado que estos proveedores faciliten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red generalmente nos facturan directamente por los cuidados que le facilitan. Cuando usted utiliza un proveedor de la red, en general paga únicamente su porción del costo de los servicios.
* **“Servicios cubiertos”** incluyen todos los cuidados, servicios, suministros, y equipos médicos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico están detallados en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

#### Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por el plan

Al ser un plan médico de Medicare, *[insert 2017 plan name]* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

*[Insert 2017 plan name]* en general cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

* **El cuidado que usted recibe esté incluido en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro aparece en el Capítulo 4 de esta publicación).
* **El cuidado que usted recibe se considera necesario por razones médicas**. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros, o medicamentos se necesitan para la prevención, diagnóstico, o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de las prácticas médicas.
* **Usted recibe su cuidado de un proveedor elegible para facilitar servicios bajo Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, usted puede recibir su cuidado de un proveedor de la red o fuera de la red (para más información acerca de esto, Consulte la Sección 2 de este capítulo).
  + Los proveedores de nuestra red están detallados en la *Lista de proveedores*.
  + Si usted utiliza un proveedor fuera de la red, su porción de los costos por sus servicios cubiertos tal vez sea más elevada.
  + [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a) (1) (ii) to meet access requirements should insert:* Ya que nuestro plan es una Organización de proveedores preferidos, si no existe un proveedor de la red disponible para atenderlo, usted podrá visitar un proveedor fuera de la red pagando los montos como si éste fuera de la red.]
  + **Por favor tenga en cuenta lo siguiente:** Aunque usted obtenga su cuidado de un proveedor fuera de la red, éste deberá ser elegible para participar en Medicare. Excepto en casos de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si usted utiliza un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir cualquier servicio para confirmar que éste es elegible para participar en Medicare.

### SECCIÓN 2 Cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red para obtener sus cuidados médicos

#### Sección 2.1 Usted [*insert as applicable:* puede *OR* debe] elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) que facilite y supervise sus cuidados médicos

*[****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 para usted?

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

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

##### Cómo elegir su PCP

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

##### Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Igualmente, es posible que su PCP deje de pertenecer la red de proveedores de su plan y usted deberá elegir un nuevo PCP en nuestro plan [*PPOs with lower cost-sharing for network providers insert:* o usted pagará más por los servicios cubiertos].

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

#### Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted obtener sin tener que solicitar autorización previa de su PCP?

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

Usted puede obtener los servicios detallados a continuación sin tener que solicitar autorización previa de su PCP.

* Cuidados médicos rutinarios para las mujeres, incluyendo exámenes de pecho, mamografías (radiografía de pecho), pruebas Papanicolau, y exámenes pélvicos [*insert if appropriate:* siempre y cuando usted los obtenga de un proveedor de la red].
* Vacunas contra la gripe [*insert if applicable:* vacunas contra la hepatitis B, y vacunas contra la neumonía] [*insert if appropriate:* siempre y cuando usted las obtenga de un proveedor de la red].
* Servicios de emergencia recibidos de proveedores dentro y fuera de la red.
* Servicios de atención de urgencia recibidos de proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores no están disponibles o accesibles en ese momento, por ejemplo, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
* Servicios de diálisis para riñón que usted recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente 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 obtener cuidados de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que facilita servicios de cuidados médicos para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

* Los oncólogos cuidan a los pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos cuidan a los pacientes con enfermedades del corazón.
* Los ortopedistas cuidan a los pacientes con enfermedades de los huesos, articulaciones, o músculos.

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

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

##### ¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante del año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor tal vez deje su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones detalladas a continuación:

* Aún cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
* Siempre que sea posible le facilitaremos al menos 30 días de aviso cuando su proveedor esté dejando nuestro plan, para que usted pueda elegir otro proveedor.
* Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo a sus necesidades de cuidados médicos.
* Su usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nos aseguraremos de ello, que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido.
* Si usted cree que no hemos ofrecido un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que su cuidado no está siendo atendido de forma apropiada, usted tiene derecho a presentar una apelación acerca de nuestra decisión.
* Si usted se entera de que su médico o especialista está dejando su plan por favor, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a localizar otro proveedor y facilitarle sus cuidados.

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

#### Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidados de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tiene la obligación de tratarlo, a menos que se trate de una emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios recibidos de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y necesarios por razones médicas. Sin embargo, **si usted utiliza un proveedor fuera de la red, su porción de los costos por sus servicios cubiertos tal vez sea más elevada.** A continuación detallamos otros temas importantes que usted debe conocer acerca de la utilización de proveedores fuera de la red:

* Usted puede obtener sus cuidados de un proveedor fuera de la red, pero sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare. Excepto en casos de cuidado de emergencia, no podremos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si usted recibe cuidados de un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir cualquier servicio, para confirmar que este es elegible para participar en Medicare.
* Usted no necesita obtener un referido o una autorización previa cuando obtiene cuidados de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener los servicios de proveedores fuera de la red, tal vez le convenga solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que usted está obteniendo están cubiertos y son necesarios por razones médicas. (Consulte el Capítulo 7, Sección 4 para información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura.) Esto es importante porque:
  + Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más tarde determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios por razones médicas, tal vez deneguemos la cobertura y usted será responsable por el costo total. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir los cuidados. Consulte el Capítulo 7 *(Qué hacer si usted tiene un problema o una queja)* para averiguar cómo presentar una apelación.
* [*RPPOs that CMS has granted permission to use the exception in § 422.112(a) (1) (ii) to meet access requirements should insert:* Ya que nuestro plan es una Organización de proveedores preferidos, si no existe un proveedor de la red disponible para atenderlo, usted podrá visitar un proveedor fuera de la red pagando los montos como si éste fuera de la red. Llame a nuestros Servicios para Miembros para hacernos saber si usted necesita visitar un proveedor fuera de la red, o para obtener ayuda para localizar un proveedor fuera de la red. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)]
* Es mejor solicitar al proveedor fuera de la red que envíe la factura al plan. Pero si usted ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra porción de los costos. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted piensa deberíamos pagar, usted nos la puede enviar para que la paguemos. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra porción de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*) para información acerca de qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
* Si usted está utilizando un proveedor fuera de la red para cuidados de emergencia, servicios de urgencia, o diálisis fuera de la red, tal vez no tenga que pagar una porción más elevada de los costos. Consulte la Sección 3 para más información acerca de estas situaciones.

#### Sección 2.5 Cómo obtener cuidados si vive en un área fuera 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 enrollees the process they must follow to find providers who will treat them (see 422.111(b)(3)(ii)). The expectation is that enrollees 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. Enrollees in non-network areas can only be charged the in-network (i.e., preferred) cost-sharing amount for plan-covered services.]*

### SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o necesita cuidados urgentes, o durante un desastre

#### Sección 3.1 Cómo obtener cuidados si tiene una emergencia médica

##### ¿Qué es una “emergencia médica” y qué debería usted hacer si tiene una?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted o cualquier persona no profesional con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, piensa que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, de una extremidad, o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, herida, dolor severo, o una condición médica que esté empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia en caso necesario. Usted *no* necesita obtener autorización o referido previos de su PCP.
* **[*Plans add if applicable*: Lo antes posible, asegúrese de que su plan sea informado acerca de su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos de sus cuidados de emergencia, usualmente 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 está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener cuidados de emergencia médica cubiertos cuando los necesite, en cualquier sitio de los Estados Unidos y sus territorios *[plans may modify this sentence to identify whether this coverage is within the U.S. or world-wide emergency/urgent coverage.]* . Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que ir a la sala de emergencias por otro método pondría en peligro su salud. Para más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de esta publicación.

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

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando cuidados de emergencia para ayudar a gestionar sus cuidados y darles seguimiento. Los médicos que le estén dando cuidados de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y la emergencia médica ha terminado.

*[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.]* Una vez terminada la emergencia usted tiene derecho a cuidados de seguimiento para asegurar que la condición sigue siendo estable. Sus cuidados de seguimientos estarán cubiertos por nuestro plan. Si usted obtiene cuidados de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará costos compartidos más elevados.

##### ¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces es difícil saber si usted tiene o no una emergencia médica. Por ejemplo, tal vez vaya a emergencias – pensando que su salud está en peligro grave – y el médico diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia médica, siempre que usted pensara razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos sus cuidados.

Sin embargo, si el doctor ha dicho que *no* era una emergencia, la porción de los costos que usted paga dependerá de si utilizó proveedores dentro o fuera de la red. Si usted obtuvo cuidados de proveedores de la red, su porción de los costos usualmente será menos elevada que si los obtuvo de proveedores fuera de la red.

#### Sección 3.2 Cómo obtener cuidados cuando necesita servicios de urgencia

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

Los “servicios de urgencia” son una enfermedad, herida, o condición médica imprevista que no es de emergencia, pero requiere cuidado médico inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser facilitados por proveedores dentro, o fuera de la red si los proveedores de la red están temporalmente inaccesibles o no disponibles. La condición imprevista podría, por ejemplo, ser un empeoramiento inesperado de una condición que usted ya tuviera.

##### ¿Qué ocurre si usted está en el área de servicio del plan cuando necesita cuidados de urgencia?

En la mayoría de los casos, si usted está en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, pagará una porción más elevada de los costos de sus cuidados

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

##### ¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicio del plan cuando necesite cuidados de urgencia?

Si usted está fuera del área de servicio y no puede obtener cuidados de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia necesitados que usted obtenga de cualquier proveedor, con los costos compartidos como si fuera de la red.

[*Insert if applicable:* Nuestro plan no cubre servicios de urgencia ni otros cuidados *[insert if plan covers emergency care outside of the United States:* que no sean de emergencia] si usted los recibe fuera de los Estados Unidos. *[Modify if world-wide emergency/urgent coverage is covered as a supplemental benefit.]*]

#### Sección 3.2 Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

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

Por lo general, durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos de la red.

### SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

#### Sección 4.1 Usted puede solicitar que paguemos nuestra porción de los costos de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más que su porción de los costos por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por los costos totales de los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra porción de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*) para información acerca de qué hacer.

#### Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total

*[Insert 2017 plan name]* cubre todos los servicios médicos necesarios por razones médicas, que están detallados en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de esta publicación), y que sean obtenidos según las reglas del plan. Usted será responsable por pagar el costo total de los servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por nuestro plan, o porque no se siguieron las reglas del plan.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de si pagaremos o no por cualquier servicio o cuidado que está considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir sus cuidados.

El Capítulo 7 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) contiene más información acerca de qué hacer si necesita una decisión de cobertura por nuestra parte o desea apelar una decisión que ya hemos tomado. Usted también puede llamar a nuestros Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber usado sus beneficios 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.]* Usted puede llamar a nuestros Servicios para Miembros si desea saber qué porción de su límite de beneficios ya ha utilizado.

### SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando forma parte de un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “prueba clínica”) es un método por el cual los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidados médicos, tales como qué tal funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de cuidados médicos o medicamentos solicitando ayuda de voluntarios para participar en el estudio. Este tipo de estudios es una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a verificar si el nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]tiene que aprobar previamente el estudio de investigación. Si usted 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 por pagar todos los costos por su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare [*plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:* o nuestro plan]haya aprobado el estudio, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del mismo *y* tenga entendimiento y aceptación totales de lo que supone su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga por la mayoría de los costos cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de sus cuidados (los cuidados que no están relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación por nuestra parte *[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]* o de su PCP. Los proveedores que facilitan sus cuidados como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesite obtener permiso de nuestro plan para formar parte de un estudio de investigación clínica, **usted sí debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** He aquí por qué usted debe informarnos:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Le podemos informar qué servicios usted obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de los de nuestro plan.

Si usted planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

#### Sección 5.2 ¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por los diferentes servicios?

Una vez que usted forme parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio, incluyendo:

* Habitación y comidas por hospitalización por las que Medicare pagaría aunque usted no formara parte de un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que formen parte del estudio de investigación.
* Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones debidos a los nuevos cuidados.

Medicare Original pagará por la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos servicios, nuestro plan también pagará su parte de los costos. Usted pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba participando en el estudio, como si recibiera los servicios de nuestro plan.

*He aquí un ejemplo de cómo se calculan los gastos compartidos:* Supongamos que usted obtiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su porción de los costos para este análisis es de $20 bajo Medicare Original, pero el análisis costaría $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este cado, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría $10. Esto significa que usted pagaría $10, o sea el monto que usted pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra porción del costo, usted deberá presentarnos una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de Medicare u otros documentos detallando qué servicios usted recibió como parte del estudio y qué monto debe. Por favor consulte el Capítulo 5 para más información acerca de cómo presentarnos solicitudes de pagos.

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

* En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio probado por el estudio a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aún cuando usted *no* formara partes de un estudio.
* Artículos y servicios que el estudio facilite gratuitamente.
* Artículos o servicios facilitados únicamente para recopilar datos, y no utilizados directamente en sus cuidados médicos. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales (CT Scan, en inglés) realizadas como parte del estudio, si su condición médica requeriría normalmente una sola tomografía.

##### ¿Desea averiguar más detalles?

Usted puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica consultando “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados cubiertos de una “institución no-médica religiosa”

#### Sección 6.1 ¿Qué es una institución no-médica religiosa?

Una institución no-médica religiosa es un centro que facilita cuidados para una condición que usualmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el obtener cuidados en un hospital o un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, facilitaremos cobertura para cuidados en una institución no-médica religiosa. Usted puede elegir recibir cuidados médicos en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio es facilitado únicamente para servicios de hospitalización de la Parte A (no para servicios de cuidados médicos). Medicare sólo pagará por los servicios que no sean servicios médicos facilitados por cualquier institución no-médica religiosa.

#### Sección 6.2 ¿Qué cuidados de una institución no-médica religiosa están cubiertos por nuestro plan?

Para recibir cuidados de una institución no-médica religiosa, deberá firmar un documento legal declarando que usted está opuesto por razones de consciencia, a recibir tratamiento médico “no-exceptuado.”

* El cuidado o tratamiento médico “No exceptuado” es cualquier cuidado o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal, o local.
* El cuidado o tratamiento médico “Exceptuado” son aquellos que *no* son voluntarios ni *son requeridos* bajo la ley federal, estatal, o local.

Para estar cubiertos por nuestro plan, los cuidados que reciba de una institución no-médica religiosa deberán cumplir las siguientes condiciones:

* El centro que esté facilitando los cuidados deberá estar certificado por Medicare.
* La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba estará limitada a aspectos *no-religiosos* de sus cuidados.
* Si usted recibe servicios de esta institución en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios únicamente si su condición cumpliría ordinariamente las condiciones para cobertura de servicios de agencias de servicios en el hogar que no sean instituciones no-medicas religiosas.
* Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, [*insert as applicable:* las siguientes condiciones aplican *OR* la siguiente condición aplica]:
  + Usted deberá tener una condición médica que le permitiría obtener servicios cubiertos de hospitalización o en un centro de enfermería especializada.
  + *[Omit this bullet if not applicable] – y –* deberá obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o 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 Reglas para quedarse con el equipo médico duradero

#### Sección 7.1 ¿Podrá usted quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierto número de pagos bajo nuestro plan?

*[Plans that furnish ownership of certain DME items must modify this section to explain the conditions under which and when specified DME can be owned by the member.]*

El equipo médico duradero incluye artículos tales como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores ortopédicos, y camas de hospital recetadas por un proveedor para utilizar en el hogar. Ciertos artículos tales como prótesis, siempre pertenecen al miembro. En esta sección discutiremos otros tipos de equipo médico duradero que deberán ser rentados.

*[This first sentence must be inserted even if your plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics.]* Bajo Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico duradero, se quedan con el equipo después de pagar los copagos por el artículo por un periodo de 13 meses. Sin embargo, como miembro de *[insert 2017 plan name]*, usted [*insert if the plan sometimes allows ownership:* usualmente] no se quedará con los artículos de equipo médico duradero, sin importar cuántos copagos usted haya hecho para el artículo como miembro de nuestro plan. [*Insert if the plan sometimes allows ownership for items other than prosthetics*: Bajo ciertas circunstancias limitadas usted se podrá quedar con el artículo de equipo médico duradero. Llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) para averiguar acerca de los requisitos que usted deberá cumplir y los documentos que deberá presentar.] [*Insert if your plan never transfers ownership (except as noted above, for example, for prosthetics):* Aún cuando usted haya hecho 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, usted no se quedará con el artículo, sin importar cuántos copagos haya hecho como miembro de nuestro plan.]

##### ¿Qué ocurre con los pagos que usted haya hecho por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si usted se cambia a Medicare Original después de haber sido miembro de nuestro plan: Si usted no se quedó con el artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo mientras está en Medicare Original para poder quedarse con el artículo. Sus pagos previos mientras usted estaba en nuestro plan no contarán hacia estos 13 pagos consecutivos.

Si usted ha hecho pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos mientras estaba bajo Medicare Original, tampoco cuentan hacia los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos por el artículo bajo Medicare Original para poder quedarse con él. No existen excepciones para este caso cuando usted vuelve a Medicare Original.

Capítulo 4

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

## Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

SECCIÓN 1 Conozca los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos 35

Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos 35

Sección 1.2 ¿Qué es su deducible del plan? 35

Sección 1.3 Nuestro plan [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2: por separado*] para ciertos tipos de servicios facilitados por los proveedores de la red 36

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B de Medicare]? 37

Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos de su bolsillo para ciertos tipos de servicios 38

Sección 1.6 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturar por el balance” 39

SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted 40

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y sus costos como miembro del plan 40

Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar 72

Sección 2.3 Cómo obtener cuidados utilizando el beneficio opcional de visitante/viajero de nuestro plan 72

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 73

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 73

### SECCIÓN 1 Conozca los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo examina sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos e indica cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de *[insert 2017 plan name]*. Más adelante en este capítulo, usted podrá hallar información acerca de servicios médicos que no están cubiertos. [*Insert if applicable:* También explica 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 de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos

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

Para entender la información de pago que le indicamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos.

* El **“deducible”** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su porción. [*Insert if applicable:* (La Sección 1.2 le proporciona más información sobre el deducible de su plan*.*)][*Insert if applicable:* (la Sección 1.3 le proporciona más información sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios.)]
* Un **“copago”** es el monto fijo que usted paga cada vez que reciba ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de sus copagos.)
* **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del total de los costos por ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de su coseguro.)

Algunas personas califican para programas estatales de Medicaid que ayudan a pagar por los costos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen los programas para Beneficiario calificado de Medicare (QMB, en inglés), • Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, en inglés), Individuo calificado (QI, en inglés), e Individuos calificados discapacitados y empleados (QDWI, en inglés)). Si usted está inscrito en uno de estos programas, tal vez aún tenga que pagar un copago por el servicio, dependiendo de las reglas en su estado.

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

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

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

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

Su deducible es [*insert deductible amount*]. Este es el monto que usted deberá pagar de su bolsillo antes de que nosotros paguemos nuestra porción por sus servicios médicos cubiertos.

Hasta que usted haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total de la mayoría de sus servicios cubiertos. (El deducible no aplica a los servicios detallados más abajo.) Una vez que usted haya pagado su deducible, empezaremos a pagar nuestra porción de los costos por los servicios médicos cubiertos mientras usted pagará su porción, [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (el monto de su copago o coseguro)] por el resto del año calendario.

El deducible no aplica a ciertos servicios, incluyendo ciertos servicios preventivos dentro de la red. Esto significa que pagaremos nuestra porción de los costos por estos servicios aún cuando usted no haya pagado su deducible. El deducible no 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 Sec. 1.2:* también] tiene un deducible [*insert if plan has an overall deductible described in Sec. 1.2: por separado*] para ciertos tipos de servicios facilitados por los 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 Sec. 1.2:* Además del deducible del plan que 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 Sec. 1.2 was therefore omitted:* Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.]

[*Insert if plan has one service category deductible:* El plan tiene un deducible de *[insert service category deductible]* para *[insert service category]*. Hasta que usted haya pagado su deducible, deberá pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra porción de los costos y usted pagará su porción, [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (el monto de su copago o coseguro)] por el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Ambos deducibles del plan y de *[insert service category]* cuentan hacia su *[insert service category]*. Esto significa que cuando satisfaga *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, empezaremos a pagar nuestra porción de los costos por su *[insert service category]* cubierto.]]

[*Insert if plan has more than one service category deductible:* El plan tiene un deducible anual para los siguientes tipos de servicios:

* [*Plans should insert a separate bullet for each service category deductible:* Nuestro deducible para *[insert service category]* es *[insert service category deductible].* Hasta que usted haya pagado su deducible, deberá pagar el costo total por *[insert service category]*. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra porción de los costos y usted pagará su porción, [*insert as applicable:* (su copago) *OR* (el monto de su coseguro) *OR* (el monto de su copago o coseguro)] por el resto del año calendario. [*Insert if applicable:* Ambos deducibles del plan y de *[insert service category]* cuentan hacia su *[insert service category]*. Esto significa que cuando satisfaga *ya sea* el deducible del plan *o* el deducible para *[insert service category]*, empezaremos a pagar nuestra porción de los costos por su *[insert service category]* cubierto.]]

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

Bajo nuestro plan, existen dos límites diferentes en el monto que usted deberá pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

* El **monto máximo de su bolsillo dentro de la red** es *[insert in-network MOOP].* Este es el monto máximo que usted pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de [*insert as applicable:* la Parte A y la Parte B de Medicare *OR* nuestro plan] facilitados por proveedores de la red.Los montos que usted pagará por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguro] por los servicios cubiertos facilitados por proveedores de la red cuentan hacia este monto máximo de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* (Los montos que usted paga por las primas del plan y los servicios facilitados por proveedores fuera de la red no cuentan hacia el monto máximo de su bolsillo dentro de la red. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Adicionalmente, los montos que usted pague por ciertos servicios no cuentan hacia el monto máximo de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están indicados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.])Si usted ha pagado *[insert in-network MOOP]* por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] facilitados por proveedores de la red, no tendrá más costos de su bolsillo por el resto del año cuando utilice los proveedores de nuestra red. Sin embargo, deberá seguir pagando [*insert if plan has a premium:* la prima de su plan y] las primas de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro programa).
* El **monto máximo combinado de su bolsillo** es *[insert combined MOOP].* Este es el monto máximo que usted pagará durante el año calendario por los servicios de [*insert as applicable:* la Parte A y la Parte B de Medicare *OR* nuestro plan] facilitados por proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que usted pagará por [*insert applicable terms:* deducibles, copagos, y coseguro] por los servicios cubiertos cuentan hacia este monto máximo combinado de su bolsillo. *[Plans with no premium may delete the following sentence.]* (Los montos que usted paga por las primas del plan no cuentan hacia el monto máximo combinado de su bolsillo. [*Insert if applicable, revising reference to asterisk as needed:* Adicionalmente, los montos que usted pague por ciertos servicios no cuentan hacia el monto máximo combinado de su bolsillo. Estos servicios están indicados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.])Si usted ha pagado *[insert combined MOOP]* por los servicios cubiertos, usted tendré el 100% de cobertura y no tendrá que pagar más costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B]. Sin embargo, deberá seguir pagando [*insert if plan has a premium:* la prima de su plan y] las primas de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B sea pagada por Medicaid u otro programa).

#### Sección 1.5 Nuestro plan también limita los costos 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 de los montos máximos de su bolsillo dentro de la red y el combinado para los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] (consulte la Sección 1.4 más arriba), también tenemos un monto máximo de su bolsillo aparte que aplica únicamente a ciertos tipos de servicios.

[*Insert if plan has one service category MOOP:* El plan tiene un monto máximo de su bolsillo de *[insert service category MOOP]* para *[insert service category]*. Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted por el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* Ambos montos máximos de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B y el monto máximo de su bolsillo para *[insert service category]* cuentan hacia su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que usted haya 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 para usted por el resto del año.]]

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

* *Plans should insert a separate bullet for each service category MOOP:* Nuestro monto máximo de su bolsillo para *[insert service category]* es *[insert service category MOOP].* Una vez que usted haya pagado *[insert service category MOOP]* de su bolsillo para *[insert service category]*, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted por el resto del año calendario. [*Insert if service category is included in MOOP described in Section 1.4:* El monto máximo de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, así como el monto máximo de su bolsillo para *[insert service category]* cuentan hacia a su *[insert service category]* cubierto. Esto significa que una vez que usted haya 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 para usted por el resto del año.]]

#### Sección 1.6 Nuestro plan no permite a los proveedores “facturar por el balance”

Como miembro de *[insert 2017 plan name*], una protección importante para usted consiste en que [*plans with a plan-level deductible insert:* una vez que haya satisfecho sus deducibles,] usted sólo deberá pagar sus costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a añadir cargos separados adicionales, denominados “factura por el balance.” Esta protección (que evita que usted pague más que su porción del costo compartido) aplica aún cuando paguemos al proveedor un monto menor que el que éste cobra por un servicio y si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

He aquí cómo funciona esta protección.

* Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dinero, como por ejemplo, $15.00), entonces usted sólo paga este monto por cualquier servicio cubierto facilitado por un proveedor de la red. En general, usted tendrá copagos más elevados cuando obtenga cuidados de un proveedor fuera de la red.
* Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá de qué tipo de proveedor utilice:
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores participantes.
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores no participantes.
* Si usted cree que un proveedor le ha facturado el saldo a usted, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto.

### SECCIÓN 2 Utilice el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto pagará usted

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

El Cuadro de beneficios médicos que aparece en las páginas siguientes detalla los servicios que *[insert 2017 plan name]* cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios detallados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

* Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser facilitados según las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
* Sus servicios (incluyendo cuidados, servicios, suministros, y equipos médicos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros, o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar su condición médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.
* [*PPO plans that use prior authorizations insert:* Algunos de los servicios detallados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red son autorizados previamente (a veces se denomina “autorización previa”) por *[insert 2017 plan name]*.
* Los servicios cubiertos que requieren una autorización previa para estar cubiertos como servicios dentro de la red están indicados [*insert as appropriate:* con un asterisco *OR* con una nota *OR* en negrita *OR* en itálicas] en el Cuadro de beneficios médicos*.* [*Insert if applicable:* Adicionalmente, los siguientes servicios que no aparecen en el Cuadro de beneficios médicos requieren autorización previa: *[insert list]*.]
* Usted nunca necesitará autorización previa para servicios facilitados por un proveedor fuera de la red.
* Aunque usted no necesita autorización previa para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitar que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.]
* *[Insert as applicable*: También es posible que le cobremos los “costos administrativos” por citas a las que no asista o por no pagar sus costos compartidos requeridos al momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estos costos administrativos. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este folleto.)]

Otros temas importantes que debe conocer acerca de nuestra cobertura:

* Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que usted pagará depende de qué tipo de proveedor le facilite los servicios:
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores participantes.
  + Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores no participantes.
* Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted pagará *más* en nuestro plan de lo que usted pagaría en Medicare Original. Para otros servicios, usted pagará *menos.* (Si usted desea averiguar más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su publicación *Medicare y usted para el 2017*. Consulte esa publicación por el Internet visitando el sitio Web <http://www.medicare.gov> o solicite que se le envíe una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.).
* Para todos los servicios preventivos que se cubren sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. [*Insert as applicable:* Sin embargo, si se le facilita tratamiento o monitoreo por una condición médica existente durante la visita en que recibe servicios preventivos, aplicará un copago por los cuidados recibidos por la condición médica existente.]
* En algunas ocasiones, Medicare añade cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio durante el 2017, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

**Apple icon.**Apple icon. Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

***[Instructions on completing benefits chart:***

* *When preparing this Benefits Chart, please refer to the instructions for completing the standardized/combined ANOC/EOC.*
* *For any benefits for which the plan uses Medicare amounts for member cost-sharing in their approved bid, the plan may insert the 2016 Medicare amounts; note that these amounts may change in 2017, and the plan will provide updated rates as soon as Medicare releases them.*
* *For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit than Original Medicare do not need to include given description (unless still applicable) and may instead describe plan benefits.*
* *Optional supplemental benefits are not permitted within the chart; plans that would like to include information about optional supplemental benefits within the EOC may describe these benefits within Section 2.2.*
* *All plans with networks should clearly indicate for each service applicable the difference in cost-sharing at network and out-of-network providers and facilities.*
* *Plans that have tiered cost-sharing based on provider and/or benefit should clearly indicate for each service the cost-sharing for each tier, in addition to defining what each tier means and how it corresponds to the characters or footnotes indicating such in the provider directory (when one reads the provider directory, it is clear what the symbol or footnote means when reading this section of the EOC).*
* *Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization (plans may use asterisks or similar method).*
* *Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved bid that is not captured in the benefits chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.*
* *Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might impact a beneficiary’s access to services within the chart.*
* *Plans may add references to the list of exclusions in Sec. 3.1 as appropriate.*
* *Plans must make it clear for enrollees (in the sections where enrollee cost sharing is shown) whether their hospital copays or coinsurance apply on the date of admission and / or on the date of discharge.]*

##### Cuadro de beneficios médicos

| Servicios que están cubiertos para usted | Lo que usted deberá pagar cuando reciba estos servicios |
| --- | --- |
| Apple icon.Apple icon.Chequeo de aneurisma aórtico abdominal  El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para el mismo de su médico, asistente médico, enfermera especializada o enfermera clínica especializada.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los beneficiarios elegibles para este chequeo preventivo. |
| Servicios de ambulancia   * Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios por avión, helicóptero, y ambulancia regular, a las instalaciones apropiadas más cercanas que puedan facilitar cuidados únicamente si son facilitados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si han sido autorizados por el plan. * El transporte por ambulancia un caso que no sea una emergencia es apropiado si se ha documentado que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es necesario por razones médicas. | *[List copays / coinsurance / deductible. Specify whether cost-sharing applies one-way or for round trips.]* |
| Apple icon.Apple icon.Chequeo anual de bienestar  Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, usted puede obtener una visita anual de bienestar para implementar o actualizar un plan preventivo personalizado en base a su salud actual y sus factores de riesgo. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.  **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede llevarse a cabo dentro de los 12 meses después de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, usted no necesita tener una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para la visita anual de bienestar. |
| Apple icon.Apple icon.**Chequeo de la masa ósea**  Para las personas calificadas (en general, esto significa las personas con el riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si fuera necesario por razones médicas:procedimientos para identificar pérdida de masa ósea, detección de pérdida de hueso, o determinar calidad de hueso, incluyendo una interpretación de los resultados por un médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare. |
| Apple icon.Apple icon.**Chequeo de cáncer de pecho (mamografías)**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. * Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres con 40 años y más. * Un chequeo clínico de pecho cada 24 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para mamografías de detección. |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca**  Programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación, y consejos, están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen [*insert as appropriate:* un referido *OR* una prescripción] del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que son típicamente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.**Visitas para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)**  Cubrimos una visita anual con su médico primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico tal vez discuta el uso de aspirina (si fuera apropiado), verifique su tensión arterial, y le dé consejos para asegurarse de que está alimentándose bien.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para el beneficio preventivo de terapia de comportamiento intensiva para la enfermedad cardiovascular. |
| Apple icon.Apple icon.Chequeo de la enfermedad cardiovascular  Análisis de la sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para un chequeo de la enfermedad cardiovascular cubierto cada cinco años. |
| Apple icon.Apple icon.**Chequeo del cáncer cervical o vaginal**  Los servicios cubiertos incluyen:   * Para todas las mujeres: Pruebas Papanicolau y exámenes pélvicos cada 24 meses. * Si usted tiene un riesgo elevado de cáncer cervical o ha tenido una prueba Papanicolau con resultado anormal y está en edad reproductiva: una prueba Papanicolau cada 12 meses.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los exámenes preventivos Papanicolau y pélvicos cubiertos por Medicare. |
| Servicios quiroprácticos  Los servicios cubiertos incluyen:   * [*If the plan only covers manual manipulation, insert:* Solo cubrimos] manipulación de la columna para corregir la subluxación.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Chequeo de cáncer colorrectal  Para las personas con 50 años de edad o más , lo siguiente está cubierto:   * Sigmoidoscopia flexible (o chequeo de enema con bario como alternativa) cada 48 meses. * Análisis de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses.   Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Chequeo de colonoscopia (o chequeo de enema con bario como alternativa) cada 24 meses.   Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:   * Chequeo de colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de un periodo de 48 meses después de una Sigmoidoscopia flexible.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para un chequeo de cáncer colorrectal cubierto 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 dentales  En general, los servicios preventivos dentales (tales como limpieza, exámenes dentales rutinarios, y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.  Nosotros cubrimos:  *[List any additional benefits offered, such as routine dental care.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Chequeos de depresión  Cubrimos un chequeo anual de depresión. El chequeo deberá ser realizado en un consultorio que pueda facilitar tratamiento de seguimiento y hacer referidos.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para una visita anual de chequeo de depresión. |
| Apple icon.Apple icon.Chequeo de la diabetes  Cubrimos este chequeo (incluyendo pruebas de glucosa en ayuno) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: tensión arterial elevada (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (Dislipemias), obesidad, o historial de azúcar elevado en la sangre (glucosa). Estos chequeos tal vez también sean cubiertos si cumple otros requisitos, tales como estar con sobrepeso o tener un historial familiar de diabetes.  Basado en los resultados de estos chequeos, tal vez usted sea elegible para recibir hasta dos chequeos de diabetes cada 12 meses.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los chequeos de diabetes cubiertos por Medicare. |
| Apple icon.Apple icon.Servicos y suministros para capacitación de la autogestión de la diabetes  *[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 tienen diabetes (que utilicen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:   * Suministros para monitorear la glucosa en su sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras para prueba de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y solución para el control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras para prueba y los monitores. * Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave en los pies debido a la diabetes: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluyendo las plantillas para tales zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos elevados y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas regulares facilitadas con tales zapatos). La cobertura incluye alteraciones. * La capacitación de la autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Equipo médico duradero y suministros relacionados  (Para una definición de “equipo médico duradero,” consulte el Capítulo 10 de esta publicación.)  Los artículos cubiertos incluyen, pero no están limitados a: sillas de ruedas, muletas, cama de hospital, bombas de infusión intravenosa, equipos de oxígeno, nebulizadores, y andadores.  [*Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios por razones médicas cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, usted tal vez pueda solicitar que hagan un pedido especial para usted.  *Insert as applicable*: Incluimos una copia de nuestra lista de proveedores de equipo medico duradero en el sobre con este folleto. La lista más reciente de proveedores [*insert as applicable*: también] está disponible en nuestro sitio web en *[insert URL]*.] | *[List copays / coinsurance / deductible* |
| [*Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover insert:* Adjunto a este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista del equipo médico duradero de *[insert 2017 plan name].* La lista detalla las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes, y proveedores también está disponible visitando nuestro sitio Web *[insert URL]*.  En general, *[insert 2017 plan name]* cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare Original, de las marcas y fabricantes detallados en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es un nuevo miembro de *[insert 2017 plan name]* y está utilizando una marca de equipo médico duradero que no esté incluida en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca para usted por un periodo de hasta 90 días. Durante este tiempo, usted debería consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este periodo de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su médico, puede solicitar un referido para obtener una segunda opinión.)  Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor a cerca de qué producto o marca son apropiados para su condición médica. (Para más información acerca de apelaciones, consulte el Capítulo 7, *Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.)] |  |
| Cuidados de emergencia  Cuidados de emergencia se refieren a servicios que son:   * Facilitados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia, y * Necesitados para evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.   Una emergencia médicaocurre cuando usted, o cualquier persona no profesional con un conocimiento medio de la salud y la medicina, piensan que usted tiene unos síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, de una extremidad, o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, herida, dolor severo, o una condición médica que esté empeorando rápidamente.  Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.  *[Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. If applicable, explain that cost-sharing is waived if member admitted to hospital.]*  [*Insert if applicable:* Si usted recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente internado tras de que su condición de emergencia se haya estabilizado, usted deberá cambiarse a un hospital de la red para pagar los costos compartidos de nuestra red para su estadía después de la estabilización. Si usted permanece en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta pero usted pagará los costos compartidos de fuera de la red por su estadía después de la estabilización.] |
| Apple icon.Apple icon.Programas de educación acerca de la 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 del oído  Las evaluaciones de diagnóstico del oído y el equilibrio realizadas por su [*insert as applicable:* PCP *OR* proveedor] para determinar si usted necesita tratamiento médico, están cubiertas como cuidados ambulatorios siempre que sean realizadas por un médico, un especialista del oído, o proveedor calificado.  *[List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, hearing aids, and evaluations for fitting hearing aids.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.**Prueba de VIH**  Para las personas que solicitan una prueba de VIH o que presentan un riesgo elevado para la infección por VIH, cubrimos:   * Una prueba cada 12 meses.   Para las mujeres embarazadas, cubrimos:   * Hasta tres pruebas durante el embarazo.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los beneficiarios elegibles para pruebas de VIH preventivas cubiertas por Medicare. |
| Cuidados a través de agencia de la salud en el hogar  *[If needed, plans may revise language related to the doctor certification requirement.]* Antes de recibir cuidados médicos en el hogar, un médico deberá certificar que usted necesita servicios médicos en el hogar y prescribir que una agencia de la salud en el hogar los facilite. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa representa un esfuerzo considerable.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Servicios de enfermería especializada y auxiliares de cuidados en el hogar, a tiempo parcial o intermitentes (Para estar cubierto bajo el beneficio de cuidados médicos en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y auxiliares de cuidados en el hogar deben totalizar menos de 8 horas diarias y menos de 35 horas). * Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla. * Servicios médicos y sociales. * Equipo y suministros médicos. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados de hospicio  Usted puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.  Los servicios cubiertos incluyen:   * Medicamentos para controlar los síntomas y paliar el dolor. * Cuidados de alivio a corto plazo. * Cuidados en el hogar.   Cuidados de hospicio (continuación)  Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parta A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original normalmente paga.  Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan:   * Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos de la red. * Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos fuera de la red.   Para los servicios que están cubiertos por *[insert 2017 plan name]* pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *[insert 2017 plan name]* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios.  **Nota:** Si usted necesita cuidados que no sean de hospicio (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), usted debería comunicarse con nosotros para coordinar esos servicios. El obtener cuidados que no sean de hospicio a través de nuestra red de proveedores reducirá sus costos compartidos por esos servicios.  [*Insert if applicable, edit as appropriate:* Nuestro plan cubre servicios de consulta para hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido obtener el beneficio de hospicio.] | Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por *[insert 2017 plan name]*.  *[Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.]* |
| Apple icon.Apple icon.Vacunas  Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:   * Vacuna para la neumonía. * Vacunas para la gripe, una vez al año en otoño o invierno. * Vacuna para la Hepatitis B si presenta riesgo intermedio o elevado de contraer Hepatitis B. * Otras vacunas si usted presenta un riesgo y éstas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para las vacunas para la neumonía, gripe, y Hepatitis B. |
| Cuidados hospitalizados  Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, cuidados de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de cuidados. Los cuidados de hospitalización empiezan el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital a través de una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.  *[List days covered and any restrictions that apply.]* Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Habitación semiprivada (o privada, si fuera necesario por razones médicas). * Comidas, incluyendo dietas especiales. * Servicios de enfermería general. * Salas de cuidados especiales (tales como salas de cuidados intensivos o cuidados coronarios). * Medicamentos y remedios. * Pruebas de laboratorio. * Rayos X y otros servicios de radiología. * Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. * Uso de aparatos tales como sillas de ruedas. * Costos de las sales de operaciones y de recuperación. * Terapias física, ocupacional, y del habla. * Servicios hospitalizados para abuso de sustancias. | [*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:* Aplica un deducible por cada admisión, para cada periodo de beneficio 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:* Aplica un deducible y/o demás costo compartido para cada estadía de hospitalización.] |
| Cuidados hospitalizados (continuación)   * Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: cornea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es un candidato para un trasplante. [*Plans with a provider network insert:* Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios.Si nuestros servicio de trasplante de la red son en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente o en un centro remoto ofrecido por el plan, siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original.Si *[insert 2017 plan name]* ofrece servicios de trasplante en un centro remoto (fuera del área de servicio) y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.]  *[Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* * Sangre – incluyendo almacenamiento y gestión. La cobertura de sangre y de glóbulos rojos envasados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted deberá pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o tener sangre donada por usted u otra persona para usted. Todos los demás componentes en cuanto a sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Servicios del médico.   **Nota:** Para ser hospitalizado, su proveedor deberá escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Aún cuando usted se quedara una noche en el hospital, tal vez se le considere como paciente “ambulatorio.” Si usted no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.  Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregunte!” Este folleto informativo está disponible en el Internet visitando el sitio Web <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana. | *[If inpatient cost-sharing varies based on hospital tier, enter that cost-sharing in the data entry fields.]*  Si usted obtiene cuidados [*insert if applicable:* autorizados] como paciente interno en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, su costo será equivalente al costo compartido [*insert if applicable:* más elevado] que usted pagaría en un hospital de la red. |
| Cuidados hospitalizados de salud mental   * Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren ser hospitalizado. *[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:* Aplica un deducible por cada admisión, para cada periodo de beneficio 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:* Aplica un deducible y/o demás costo compartido para cada estadía de hospitalización.] |
| Servicios de hospitalización cubiertos durante una estadía como paciente internado no-cubierto  *[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 usted ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras está en el hospital o centro de enfermaría especializada (SNF, en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Servicios del médico. * Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). * Rayos X, terapia con radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios del técnico. * Vendajes quirúrgicos. * Entablillados, escayolas y otros recursos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. * Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan un órgano interno completo o parcial (incluyendo los tejidos contiguos), o la función total o parcial de un órgano interno permanentemente inoperativo o que funcione de forma deficiente, incluyendo la substitución o reparación de dichos aparatos. * Soportes para las piernas, brazos, espalda, y cuello; bragueros, y piernas, brazos, y ojos artificiales incluyendo ajustes, reparaciones, y substituciones debidos a rotura, desgaste, extravío, o un cambio en la condición física del paciente. * Terapias física, ocupacional, y del habla. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Terapia médica de nutrición  Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no están recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón [*insert as appropriate:* referido *OR* ordenado] por su médico.  Cubrimos 3 horas de servicios de consejos cara a cara durante el primer año en que reciba servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas por cada año siguiente. Si su condición, tratamiento, o diagnosis cambian, tal vez usted pueda recibir más horas de tratamiento con el [*insert as appropriate:* referido *OR* mandato] de un médico. Un médico deberá prescribir y renovar el [*insert as appropriate:* referido *OR* mandato] anualmente si necesita tratamiento el siguiente año calendario.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los beneficiarios elegibles para servicios de terapia de nutrición cubiertos por Medicare. |
| Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare  Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:   * Medicamentos que usualmente no se administran a sí mismo los pacientes, y son inyectados o administrados por infusión mientras el paciente recibe servicios de un médico, o en un hospital o centro quirúrgico como paciente ambulatorio. * Medicamentos tomados por medio de equipo médico duradero (tal como un nebulizador) autorizado por el plan. * Medicamentos coagulantes que usted se administra por inyección si tiene hemofilia. * Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en la Parte A de Medicare cuando se realice el trasplante del órgano. * Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado en su hogar, y tiene una fractura ósea que un médico certifique estar relacionada con osteoporosis post-menopáusica, y no puede auto-administrarse el medicamento. * Antígenos. * Ciertos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral, y medicamentos contra la náusea. * Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluyendo heparina, y su antídoto si fuera necesario por razones médicas, anestésicos tópicos, y estimuladores de la eritropoyesis *[plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan]* (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa). * Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Pruebas y terapia de obesidad para promover una pérdida de peso prolongada  Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejos intensivos para ayudarle a perder peso. Estos consejos están cubiertos si los obtiene a través de cuidados primarios, donde pueden ser coordinados con su plan general de prevención. Consulte con su médico o profesional primario para averiguar más información.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para las pruebas y terapia preventivas de obesidad. |
| Pruebas de diagnóstico, servicios, y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios  Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Rayos X. * Terapia de radiación (con radio e isótopos) incluyendo los materiales y suministros del técnico. *[List separately any services for which a separate copay/coinsurance applies over and above the outpatient radiation therapy copay/coinsurance.]* * Suministros quirúrgicos, tales como vendajes. * Entablillados, escayolas y otros recursos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. * Pruebas de laboratorio. * Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrado de glóbulos empieza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite – usted deberá pagar el costo de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener sangre donada por usted u otra persona para usted. Todos los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta que usted reciba. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. *[Plans can include other covered tests as appropriate.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de hospital  Cubrimos los servicios necesarios por razones médicas que usted reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para diagnosis y tratamiento de una enfermedad o herida.  Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a:   * Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria. * Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. * Cuidados de salud mental, incluyendo cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que un tratamiento internado sería necesario de no tener estos cuidados. * Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. * Suministros médicos tales como entablillados y escayolas. * Ciertas pruebas y servicios preventivos. * Ciertos medicamentos y medicamentos biológicos que usted no se puede administrar.   **Nota:** A menos que el proveedor haya ordenado por escrito que se le ingrese como paciente internado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de los costos compartidos correspondiente a los servicios de hospital ambulatorios. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez se le considere como paciente “ambulatorio.” Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.  Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si usted tiene Medicare – ¡Pregunte!” Este folleto informativo está disponible en el Internet visitando el sitio Web <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados ambulatorios de salud mental  Los servicios cubiertos incluyen:  Los servicios para la salud mental facilitados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especialista clínica, enfermera profesional, asistente médico, u otro profesional de cuidados de la salud mental certificado por el estado y por Medicare, según lo dispuesto bajo las leyes estatales aplicables.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios de rehabilitación  Los servicios cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.  Los servicios ambulatorios de rehabilitación son facilitados en varios marcos ambulatorios, tales como un departamento ambulatorio de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, y Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORFs, en inglés). | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios ambulatorios para abuso de sustancias  *[Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| **Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios facilitados en los centros ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios**  **Nota:** Si usted está siendo operado en un hospital, debería verificar con su proveedor acerca de si usted será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente internado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará los montos de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aún cuando usted pasara la noche en el hospital, tal vez aún se le considere como paciente “ambulatorio.” | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de hospitalization parcial  La “hospitalización parcial” es un programa activo de tratamiento psiquiátrico estructurado facilitado en un hospital o en un centro comunitario para la salud mental como paciente ambulatorio, que es más intenso que los cuidados recibidos en la oficina de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios médicos o de profesionales de la salud, incluyendo visitas al médico  Los servicios cubiertos incluyen:   * Cuidados médicos o servicios de cirugía necesarios por razones médicas, facilitados en la oficina del médico, un centro certificado de servicios quirúrgicos ambulatorios, el departamento ambulatorio de un hospital, o cualquier otra instalación. * Consultas, diagnóstico, y tratamiento de un especialista. * Pruebas básicas del oído y equilibrio facilitados por su [*insert as applicable:* PCP *OR* especialista], si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento médico. * **[***Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements:*Ciertos servicios de tele-salud incluyendo consultas, diagnóstico, y tratamiento de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otras áreas aprobadas por Medicare] * Segunda opinión [*Insert if appropriate:* por otro proveedor de la red] antes de someterse a una operación quirúrgica. * Cuidados dentales no rutinarios (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas mandibulares o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamiento de radiación para cáncer neoplástico facial, o servicios que estarían cubiertos cuando fueran facilitados por un médico).   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de podología  Los servicios cubiertos incluyen:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de heridas y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). * Cuidados rutinarios de los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afecten a las extremidades inferiores.   *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| *Apple symbol denotes preventive services.* Pruebas de diagnóstico del cáncer de próstata  Para los varones con 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente – una vez cada 12 meses:   * Examen rectal digital. * Prueba del antígeno específico de la próstata (PSA, en inglés).   *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para una prueba anual del PSA. |
| Prótesis y suministros relacionados  Aparatos (que no sean dentales) para sustituir una parte o función parcial o total del cuerpo. Estos incluyen pero no están limitados a: bolsas y suministros para colostomía directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, soportes, zapatos prostéticos, miembros artificiales, prótesis mamarias externas (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis, y sus reparaciones y/o substituciones. También incluye cierta cobertura después de una remoción de cataratas y cirugía de cataratas – consulte “Cuidados de la vista” más adelante en esta sección para más detalles. | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Servicios de rehabilitación pulmonar  Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica con niveles moderados hasta muy graves (COPD, en inglés) y tienen [*insert as appropriate: un referido OR una orden*] del médico que esté tratando esa enfermedad respiratoria crónica, para recibir rehabilitación pulmonar.  *[Also list any additional benefits offered.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Exámenes y consejos para reducir el abuso del alcohol  Cubrimos un examen de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que abusen el alcohol, pero que no tienen dependencia.  Si el examen indica abuso del alcohol, usted puede recibir hasta cuatro sesiones de consejos cara-a-cara por año (si usted está apto y alerta durante la sesión) facilitados por un médico primario o profesional de la salud calificado en un marco de cuidados primarios.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los beneficios preventivos de exámenes y consejos para reducir el abuso del alcohol cubiertos por Medicare. |
| Apple icon.Apple icon.Exámenes para infecciones transmitidas sexualmente (STIs, en inglés) y consejos para evitarlas  Cubrimos exámenes para infecciones transmitidas sexualmente (STI, en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis, y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que presentan riesgos más elevados de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidados primarios. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas fechas durante el embarazo.  También cubrimos cada año, hasta dos sesiones individuales cara-a-cara intensivas de 20 a 30 minutos de duración, de consejos del comportamiento para adultos sexualmente activos y presentando riesgos de contraer STIs. Cubriremos estas sesiones de consejos como servicio preventivo si son facilitadas por un proveedor de cuidados primarios y son realizadas en un marco de cuidados primarios, tal como la oficina del médico.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para el beneficio preventivo de exámenes de STIs y consejos para prevenir STIs, cubiertos por Medicare. |
| Servicios para tratar las condiciones y enfermedades del riñón  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios de educación acerca de las enfermedades del riñón para informar acerca de los cuidados del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados. Para los miembros con enfermedad crónica del riñón en Etapa IV y que son referidos por su médico, cubrimos de por vida, hasta seis sesiones de servicios de educación acerca de las enfermedades del riñón. * Tratamientos ambulatorios de diálisis (incluyendo tratamientos de diálisis mientras uno está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). * Tratamientos internados de diálisis (si usted es ingresado como paciente internado en un hospital para cuidados especiales). * Capacitación para auto-diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). * Equipo y suministros para diálisis en el hogar. * Ciertos servicios de ayuda en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en cuanto a diálisis para monitorear su diálisis en el hogar, ayudar en caso de emergencia, y monitorear su equipo y suministro de agua para diálisis).   Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte B, por favor consulte la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.” | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Cuidados en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés)  (Para la definición de “centro de cuidados de enfermería especializada,” consulte el Capítulo 10 de esta publicación. Los centros de enfermería especializada también se denominan “SNFs.”)  *[List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]* Los servicios cubiertos incluyen pero no están limitados a :   * Habitación semiprivada (o privada, si fuera necesario por razones médicas). * Comidas, incluyendo dietas especiales. * Servicios de enfermería especializada. * Terapias física, ocupacional, y del habla. * Medicamentos que le son administrados como parte de su plan de cuidados (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, tales como coagulantes). * Sangre – incluyendo almacenamiento y gestión. La cobertura de sangre y glóbulos rojos envasados comienza con la cuarta pinta de sangre que usted reciba - usted deberá pagar el costo de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener sangre donada por usted u otra persona para usted. Todos los demás componentes en cuanto a sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. *[Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint.]* * Suministros médicos y quirúrgicos usualmente facilitados por SNFs. * Pruebas de laboratorio usualmente facilitados por SNFs. * Rayos X y otros servicios de radiología usualmente facilitados por SNFs. * Uso de aparatos tales como sillas de ruedas usualmente facilitados por SNFs. * Servicio médicos o de profesionales de la salud.   En general, usted recibirá sus cuidados de SNF en los centros de la red. Sin embargo, en algunas condiciones detalladas más abajo, tal vez usted pague costos compartidos correspondientes a servicios dentro de la red por un centro que no sea de la red, si ese centro acepta nuestras tarifas de pagos.   * Una residencia de ancianos o comunidad de cuidados de retiro donde usted residía justo antes de ingresar en el hospital (siempre y cuando faciliten cuidados de enfermería especializada). * Un SNF donde su cónyuge está residiendo cuando usted salga 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.Apple icon.Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco)  Si usted fuma o usa tabaco, pero no tiene indicios o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos sesiones para intentar de eliminar ese uso en un periodo de 12 meses como servicio preventivo gratuito. Cada sesión de consejos incluye hasta cuatro visitas cara-a-cara.  Si usted fuma o usa tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con tabaco o está tomando medicamentos cuyos efectos pueden ser afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de consejos para dejar de usar tabaco. Cubrimos dos sesiones para dejar de usar tabaco en un periodo de 12 meses. Sin embargo, usted deberá pagar los costos compartidos aplicables por servicios ambulatorios o de hospitalización. Cada sesión de consejos incluye hasta cuatro visitas cara-a-cara.  *[Also list any additional benefits offered.]* | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los beneficios preventivos de eliminación del uso del tabaco cubiertos por Medicare. |
| Servicios de urgencia  Los servicios de urgencia son servicios facilitados para tratar a una enfermedad, herida, o condición imprevista que no sea una emergencia clínica, y que requieran cuidados médicos inmediatos. Los servicios de urgencia pueden ser facilitados por proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente inaccesibles o no disponibles.  Los costos compartidos para servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.  *[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. or as a supplemental world-wide emergency/urgent coverage.]* | *[List copays / coinsurance. Plans should include different copayments for contracted urgent care centers, if applicable.]* |
| Apple icon.Apple icon.Cuidados de la vista  Los servicios cubiertos incluyen:   * Servicios ambulatorios médicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la vista y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamientos para la degeneración macular debido a edad avanzada. Medicare Original no cubre los exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) relativas a anteojos/lentes de contacto. * Para las personas que presentan riesgo de glaucoma, y aquellas personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, y afro-americanos con 50 años de edad o más: exámenes de glaucoma una vez al año. * Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año. * *[Adapt this description if the plan offers more than is covered by Original Medicare.]* Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía para las cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si usted tiene dos operaciones de cataratas separadas, no podrá reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos anteojos después de la segunda operación.)   *[Also list any additional benefits offered, such as supplemental vision exams or glasses. If the additional vision benefits are optional supplemental benefits, they should not be included in the benefits chart; they should be described within Section 2.2.]* | *[List copays / coinsurance / deductible]* |
| Apple icon.Apple icon.Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”  El plan cubre una visita preventiva única como “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una evaluación de su salud, así como educación y consejos acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertas pruebas y vacunas), y referidos para otros cuidados que fueran necesarios.  **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” únicamente dentro de los 12 primeros meses de tener la Parte B de Medicare. Al concertar su cita, informe a la oficina de su médico que desea concertar su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. | No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. |

#### Sección 2.2 Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que usted 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 están cubiertos por Medicare Original y no están incluidos en su conjunto de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “**Beneficios suplementarios opcionales.**”Si usted desea tener estos beneficios suplementarios adicionales, deberá inscribirse [*insert if applicable:* y tal vez tenga que pagar una prima adicional para recibirlos]. Los beneficios suplementarios opcionales detallados en [*insert as applicable:* esta sección *OR* el folleto adjunto] están sujetos a los mismos procesos de apelación 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 cuidados utilizando el beneficio opcional de visitante/viajero 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 usted está fuera del área de servicio de nuestro plan por más de seis meses consecutivos, usualmente deberemos cancelar su membresía en el plan. Sin embargo, ofrecemos como beneficio suplementario, un programa como visitante/viajero *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, que le permitirá seguir inscrito en nuestro plan si está fuera del área de servicio de nuestro plan menos de 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de *[insert 2017 plan name]* que estén temporalmente en el área de visitante/viajante. Bajo nuestro programa de visitante/viajante usted podrá recibir todos los servicios cubiertos por el plan pagando los costos compartidos correspondientes a servicios dentro de la red. Por favor, comuníquese con nuestro plan para obtener ayuda para localizar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante/viajante.

Si usted se encuentra en el área de visitante/viajante, podrá seguir inscrito en nuestro plan por un periodo de hasta 12 meses. Si usted no ha vuelto al área de servicio del plan en un plazo de 12 meses, su membresía en el plan será cancelada.]

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

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

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

El cuadro a continuación describe ciertos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que se cubren bajos condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos en el cuadro de abajo excepto bajo las condiciones específicas que se indican. Las únicas excepciones: pagaremos por un servicio dentro del cuadro de abajo que es considerado, tras apelación, ser un servicio provechoso por razones médicas y que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de esta publicación.)

Todas las exclusiones y limitaciones a los servicios se detalladan en el Cuadro de beneficios, o en el cuadro de abajo.

Incluso si usted recibió servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará.

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

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ningún caso** | **Cubiertos únicamente para afecciones específicas** |
| --- | --- | --- |
| Los servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original | **√** |  |
| Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.  Procedimientos y artículos experimentales son aquellos que no son determinados por nuestro plan y por Medicare Original, ser generalmente aceptados por la comunidad médica. |  | **√**  Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan  (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información acerca de estudios de investigación clínica.) |
| Habitación privada en un hospital. |  | **√**  Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas. |
| Artículos personales en su habitación del hospital o un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o una televisión. | **√** |  |
| Cuidados de enfermería en el hogar a tiempo completo | **√** |  |
| \* Cuidados de custodia, que son cuidados facilitados en una residencia de ancianos, hospicio, u otro centro cuando usted no requiere cuidados médicos especializados o cuidados de enfermería especializados. | **√** |  |
| Los servicios de la casa incluyen asistencia básica con las tareas de la casa, incluyendo limpieza básica o preparación de comidas ligeras. | **√** |  |
| Cargos cobrados por sus familiares inmediatos que viven en su hogar. | **√** |  |
| Cirugía o procedimientos cosméticos |  | **√**   * Se cubre si son necesarios por herida accidental o para mejorar una parte del cuerpo malformada..      * Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de pecho está cubierta después de una mastectomía, incluyendo el seno no afectado para producir una apariencia simétrica. |
| Cuidados dentales rutinarios, tales como limpiezas, empastes o dentaduras. | **√** |  |
| Cuidados dentales no rutinarios. |  | **√**  Los cuidados dentales no rutinarios necesitados para tratar una enfermedad o herida tal vez sean cubiertos como cuidados ambulatorios o internados. |
| Cuidados quiroprácticos de rutina |  | **√**  La manipulación manual de la espina dorsal para corrregir la subluxación está cubierta. |
| Cuidados rutinarios de los pies |  | **√**  Alguna cobertura limitada facilitada según las normas de Medicare. |
| Comidas a domicilio | **√** |  |
| Zapatos ortopédicos |  | **√**  Si los zapatos son parte de un soporte de la pierna y estén incluidos en el costo del soporte o bien que los zapatos sean para una persona con enfermedad de los pies debida a la diabetes |
| Aparatos de soporte para los pies |  | **√**  Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad de los pies debida a la diabetes. |
| Exámenes del oído rutinarios, audífonos, o exámenes para ajustar los audífonos. | **√** |  |
| Anteojos, exámenes de la vista rutinarios, queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otros aparatos para visión limitada. |  | **√**  Los exámenes de la vista rutinarios y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas. |
| Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados. | **√** |  |
| Acupuntura | **√** |  |
| Servicios de medicina natural (que utilizan tratamientos naturales o alternativos). | **√** |  |

\*Los cuidados de custodia son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tales como cuidados que lo ayudan con las actividades diarias, tales como asearse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Cómo solicitar un pago por nuestra porción de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

## Capítulo 5. Cómo solicitar un pago por nuestra porción de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en que usted debería solicitarnos un pago por nuestra porción del costo de sus servicios cubiertos 79

Sección 1.1 Si usted paga la porción de los costos del plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, usted puede solicitarnos un pago 79

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que lo reembolsemos, o que paguemos una factura que usted ha recibido 81

SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago, y contestaremos sí o no 82

Sección 3.1 Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio y cuánto le debemos 82

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por la totalidad o por parte de los cuidados médicos, usted puede apelar 82

### SECCIÓN 1 Situaciones en que usted debería solicitarnos un pago por nuestra porción del costo de sus servicios cubiertos

#### Sección 1.1 Si usted paga la porción de los costos del plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, usted puede solicitarnos un pago

Algunas veces cuando usted recibe cuidados médicos, tal vez tenga que pagar el costo total en ese momento. En otras ocasiones, tal vez se dé cuenta de que ha pagado más de lo anticipado bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, usted puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (también llamado “reembolso”). Usted tiene derecho a que el plan “le devuelva el dinero si usted ha pagado más de su porción de los costos por servicios médicos cubiertos por el plan.

Algunas veces, usted recibirá una factura de un proveedor por el monto total del costo de los cuidados médicos recibidos. En la mayoría de los casos, usted debería enviarnos la factura en vez de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían ser cubiertos, pagaremos al proveedor directamente.

He aquí ejemplos de situaciones en las que usted tal vez debería solicitarnos que le devolvamos su dinero o que paguemos por una factura que usted ha recibido:

##### 1. Cuando usted ha recibido cuidados médicos de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando usted ha recibido cuidados médicos de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, usted tiene que pagar por su porción del costo, y no por el costo total. (Su porción del costo tal vez sea más elevada para un proveedor fuera de la red, que la de un proveedor de la red.) Usted debería solicitar al proveedor que facture al plan por su porción del costo.

* Si usted paga el monto total cuando reciba el servicio, deberá pedirnos que le reembolsemos por nuestra porción del costo. Envíenos la factura, junto con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
* A veces quizá reciba una factura del proveedor solicitando pago por un monto que usted cree que no debe. Envíenos la factura, junto con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
  + Si se debe algo al proveedor, pagaremos al proveedor directamente.
  + Si usted ha pagado más de su porción del costo por el servicio, determinaremos cuánto usted debía, y le pagaremos nuestra porción del costo.
* **Por favor, tenga en cuenta:** Aunque usted puede obtener cuidados de un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare. Excepto en caso de cuidados de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted tendrá que pagar por el costo completo por los servicios que reciba.

##### 2. Cuando un proveedor le envíe una factura que usted piensa que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deberían facturar al plan directamente, y únicamente solicitarle su porción del costo. Pero a veces cometen errores, y le piden que pague más de su porción.

* Usted sólo tiene que pagar su monto de los costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores que añadan cargos separados adicionales, llamados “facturación del balance.” Esta protección (o sea que usted nunca paga más de su porción de los costos compartidos) aplica aún si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aunque hubiera una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Para más información acerca de “facturación del balance,” consulte el Capítulo 4, *[edit section number as needed]* Sección 1.6.
* Si usted recibe una factura de un proveedor de la red que usted piensa ser más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
* Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho y solicítenos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía bajo el plan.

##### 3. Si usted se inscribe retroactivamente en nuestro plan.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción tal vez incluso haya ocurrido el año pasado.)

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquier servicio cubierto después de su fecha de inscripción, usted puede solicitarnos que le devolvamos nuestra porción de los costos compartidos. Usted deberá presentarnos los documentos para que hagamos el reembolso.

* Por favor llame a nuestros Servicios para Miembros para información adicional acerca de cómo solicitarnos que le reembolsemos, y acerca de los plazos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)

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

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de esta publicación (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) contiene información acerca de cómo presentar una apelación.

### SECCIÓN 2 Cómo solicitar que lo reembolsemos, o que paguemos una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y cuándo enviarnos su solicitud para un pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer copias de su factura y recibos para sus archivos.

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* Para estar seguro de que nos ha enviado toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar un pago.

* Usted no tiene que utilizar el formulario, pero éste nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
* Descargue una copia del formulario visitando nuestro sitio Web (*[insert URL]*) o llame a nuestros Servicios para Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)]

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

*[Insert address]*

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

Usted también puede llamar a nuestro plan para solicitar un pago. Para detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y lea la sección *[plans may edit section title as necessary]* Dónde enviar una solicitud de pago por nuestra porción del costo por cuidados médicos o un medicamento que usted haya recibido.]

[*Insert if applicable:* **Usted debe presentar su reclamación en un plazo de *[insert timeframe]*** a partir la fecha en que recibió el servicio, artículo, o medicamento.]

Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros si usted tiene cualquier pregunta (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Si usted no sabe cuánto debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. Usted también puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos envió previamente.

### SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago, y contestaremos sí o no

#### Sección 3.1 Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio y cuánto le debemos

Cuando recibamos una solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos cualquier información adicional de usted. De lo contrario, estudiaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

* Si decidimos que los cuidados médicos están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener los cuidados, pagaremos por nuestra porción del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio, le enviaremos el reembolso por nuestra porción del costo. Si usted no ha pagado por el servicio, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que usted debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.)
* Si decidimos que los cuidados médicos *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra porción del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las cuales no estamos enviando el pago que usted solicitó junto con sus derechos a apelar nuestra decisión.

#### Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por la totalidad o por parte de los cuidados médicos, usted puede apelar

Si usted piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o si usted no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, usted puede apelar. Si usted presenta una apelación, significa que está solicitando que cambiemos nuestra decisión denegando su solicitud de pago.

Para detalles acerca de cómo presentar su apelación, consulte el Capítulo 7 de esta publicación (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si usted nunca ha presentado una apelación, le será de utilidad consultar la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y facilita las definiciones de términos tales como “apelación.” Después de leer la Sección 4, puede consultar la Sección 5.3 del Capítulo 7 que le indica qué hacer si desea apelar acerca de un reembolso de un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

## Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 84

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 facilitar información de forma que usted la entienda (en un idioma que no sea el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos, etc.) 84

Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento 84

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a sus servicios cubiertos 85

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 85

Sección 1.5 Debemos facilitarle información acerca del plan, los proveedores de su red, y sus servicios cubiertos 86

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de sus cuidados 88

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitar que reconsideremos cualquier decisión que hayamos tomado 90

Sección 1.8 ¿Qué puede usted hacer si piensa que se le está tratando injustamente o que sus derechos no están siendo respetados? 90

Sección 1.9 Cómo obtener más información acerca de sus derechos 91

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 91

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 91

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

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

#### Sección 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* Debemos facilitar información de forma que usted la entienda (en un idioma que no sea el inglés, en Braille, en letras grandes, o en otros formatos, etc.)

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

Para obtener información de nosotros de forma que usted la entienda, por favor llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

Nuestro plan cuenta con representantes y servicios gratuitos de interpretación para contestar 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 facilitar información en Braille, en letras grandes, o en otros formatos si lo necesitara. Si usted es elegible para Medicare por una discapacidad, debemos facilitarle información acerca de los beneficios del plan de forma accesible y apropiada para usted. Para obtener información de nuestra parte en una forma que usted pueda entender, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Si usted tiene cualquier problema en obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o por una discapacidad, por favor, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, e indique que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra cualquier discriminación o trato injusto. **No discriminamos** en base a raza, etnicidad, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si usted desea obtener más información, o tiene preocupaciones acerca de discriminación o de trato injusto, por favor, comuníquese con la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener cuidados, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Si usted tiene una queja, como por ejemplo problemas para obtener una silla de ruedas, nuestros Servicios para Miembros lo pueden ayudar.

#### Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a sus 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 que facilite sus cuidados.] Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) para averiguar qué médicos están aceptando nuevos pacientes. Usted también tiene derecho a visitar un especialista de cuidados de la mujer (como por ejemplo un ginecólogo) sin necesidad de un referido, pagando aún los costos compartidos correspondientes a la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *en un plazo razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a obtener servicios de forma oportuna por parte de un especialista cuando necesite este tipo de cuidados.

*[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 piensa que no está recibiendo sus cuidados médicos en un plazo razonable de tiempo, el Capítulo 7, Sección 9 de esta publicación le indica lo que usted puede hacer. (Si hemos denegado cobertura de sus cuidados médicos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 indica lo que usted puede hacer.)

#### Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requerido por estas leyes.

* Su “información médica personal” incluye la información personal que usted nos facilitó cuando se inscribió en este plan así como su historial médico y otra información médica y de su salud.
* Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos en cuanto a obtención de información y a controlar cómo es utilizada su información médica. Le enviamos un aviso por escrito, llamado a “Aviso acerca de prácticas de privacidad,” que le informa acerca de estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información médica.

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

* Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus datos.
* En la mayoría de los casos, si proporcionamos su información médica a cualquier persona que no esté facilitando sus cuidados o pagando por ellos, *tenemos que obtener previamente su permiso por escrito.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar la decisión en su nombre.
* Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos previamente su permiso por escrito. Estas excepciones están autorizadas o requeridas por la ley.
  + Por ejemplo, debemos proporcionar información médica a las agencias del gobierno que estén verificando la calidad de los cuidados.
  + Al ser miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos que proporcionar a Medicare su información médica. Si Medicare comparte su información para investigación u otros usos, lo hará según los estatutos y reglas federales.

##### Usted puede consultar la información contenida en su registro y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a consultar sus datos médicos contenidos en su registro del plan, y obtener una copia de su registro. Estamos autorizados a cobrarle un monto para hacer copias. Usted también tiene derecho a solicitar que hagamos actualizaciones o correcciones en su registro médico. Si usted solicita esto, consultaremos con su proveedor de cuidados médicos y decidiremos si tales cambios se deberían realizar.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si usted tiene peguntas o preocupaciones acerca de la privacidad de su información médica personal, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).  
  
*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### Sección 1.5 Debemos facilitarle información acerca del plan, los proveedores de su red, 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 2017 plan name]*, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información. (Tal y como explicamos anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener información de forma que usted la entienda. Esto incluye obtener información en otro idioma que no sea el inglés, en letras grandes, u otros formatos alternativos.)

Si usted desea obtener información en cualquiera de estos formatos, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación):

* **Información acerca de nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condición financiera del plan. También incluye información acerca de cuántas apelaciones han presentado los miembros, las evaluaciones de eficiencia del plan, incluyendo cómo el plan ha sido evaluado por su miembros y otros planes médicos de Medicare.
* **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** 
  + Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.
  + Para obtener una lista de los proveedores de nuestra red, consulte *[insert name of provider directory]*.
  + Para información más detallada acerca de nuestros proveedores, usted puede llamar a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) o visitar nuestra página Web *[insert URL]*.
* **Información acerca de su cobertura y las reglas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** 
  + En los Capítulos 3 y 4 de esta publicación, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción en su cobertura, y qué reglas usted debe seguir para obtener sus servicio médicos cubiertos.
  + Si usted tiene preguntas acerca de las reglas o restricciones, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto**
  + Si un servicio médico no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, usted puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación aunque hubiera recibido el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
  + Si usted no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué servicio médico está cubierto para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Usted puede solicitar que cambiemos nuestra decisión presentando una apelación. Para obtener detalles acerca de qué debe hacer si algo no está cubierto para usted de la manera en que usted piensa que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 7 de esta publicación. Éste le facilita detalles acerca de cómo presentar una apelación si usted desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también indica cómo presentar una queja acerca de la calidad de los cuidados, los tiempos de espera, y otras preocupaciones.)
  + Si usted desea solicitar que nuestro plan pague su porción de una factura que usted haya recibido por cuidados médicos, consulte el Capítulo 5 de esta publicación.

#### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de sus cuidados

##### Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca de sus cuidados médicos

Usted tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidados médicos en cuanto a cuidados médicos. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de forma que usted pueda entenderla*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones acerca de sus cuidados médicos. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

* **Derecho a conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le detallen todas sus opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar su costo o si están o no cubiertas por nuestro plan*.*
* **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que lo informen acerca de los riesgos relacionados con sus cuidados. Deben informarle de antemano si un cuidado o tratamiento médico sugerido forma parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
* **Derecho a decir “no.**” Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital o u otro centro médico, aún si su médico recomienda que no se vaya. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento, acepta la responsabilidad total por lo que consecuentemente ocurra con su salud.
* **Derecho a recibir una explicación si su cobertura fue denegada.** Usted tiene derecho a recibir una explicación si un proveedor deniega cuidados que usted piensa que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitar que le facilitemos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de esta publicación indica cómo solicitar una decisión de cobertura por parte del plan.

##### Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de qué se deberá hacer si usted no es capaz de tomar decisiones médicas acerca de sus cuidados

*[****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.]*

Algunas personas ya no son capaces de tomar decisiones médicas acerca de sus cuidados debido a un accidente o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a indicar qué desea se haga en tal caso. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

* Completar un formulario por escrito dando a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si en algún momento no fuera capaz de decidir por usted mismo.
* **Facilitar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo usted desea que atiendan a sus cuidados médicos si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que usted puede utilizar para facilitar sus instrucciones anticipadas en estos casos se denominan “**directivas anticipadas**.” Existen varios tipos y denominaciones de directivas anticipadas. Un “**testamento en vida**” y un “**poder notarial para cuidados médicos**” son dos ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea utilizar una “directiva anticipada” para facilitar sus instrucciones, he aquí lo que debe hacer:

* **Obtenga el formulario.** Si usted desea utilizar una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social, o de algún negocio de suministros para oficinas. En algunos casos puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que facilitan información acerca de Medicare. [*Insert if applicable:* Usted también puede comunicarse con nuestros Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).]
* **Complete y firme el formulario.** Sin importar dónde consiga el formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debería consultar con un abogado para que lo ayude a completarlo.
* **Facilite copias a las personas apropiadas.** Usted debería facilitar una copia del formulario a su médico y a la persona designada por usted en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no pudiera tomarlas. Tal también vez le convenga facilitar copias a sus familiares o amigos íntimos. Asegúrese de tener una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado, y ha firmado una directiva anticipada, **lleve a mano una copia al hospital**.

* Si usted es ingresado en el hospital, le preguntarán si usted ha firmado un formulario de directiva anticipada y si tiene una copia con usted.
* Si usted no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntará si usted desea firmar uno.

**Recuerde, usted decide si desea o no completar una directiva anticipada** (incluyendo si desea o no firmar una en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle cuidados o discriminar contra usted basado en si usted tiene o no tiene una directiva anticipada firmada.

##### ¿Qué ocurre si sus instrucciones no son seguidas?

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

#### Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitar que reconsideremos cualquier decisión que hayamos tomado

Si usted tiene cualquier problema o preocupación acerca de sus servicios o cuidados cubiertos, el Capítulo 7 de esta publicación indica lo que usted puede hacer. También da detalles acerca de cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que usted necesita hacer en caso de tener un problema o preocupación dependerá de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. Haga lo que haga – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja – **deberemos tratarlo justamente.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información acerca de apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

#### Sección 1.8 ¿Qué puede usted hacer si piensa que se le está tratando injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?

##### Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados en base a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnicidad, credo (creencias), edad, o nacionalidad, usted debería comunicarse con la **Oficina de derecho civiles del** Departamento de salud y servicios humanos llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de derechos civiles local.

##### ¿Se trata de algo diferente?

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no se trata* de discriminación, usted puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

* Usted puede **llamar a nuestros Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* Usted puede **llamar al** **Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico**. Para obtener detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
* O bien, **usted puede comunicarse con Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

#### Sección 1.9 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Existen varios sitios donde usted puede obtener más información acerca de sus derechos:

* Usted puede **llamar a nuestros Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* Usted puede **llamar al Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico**. Para obtener detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
* Usted puede comunicarse con **Medicare**.
  + Usted puede visitar el sitio Web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones bajo Medicare.” (Esta publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
  + O bien, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Detallamos a continuación lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Estamos aquí para ayudarlo.

* ***Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.*** *Utilice esta publicación de* Evidencia de cobertura *qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.*
  + Los Capítulos 3 y 4 dan detalles acerca de sus servicios médicos, incluyendo qué está cubierto, qué no está cubierto, las reglas que hay que seguir, y lo que usted paga.
* ***Si usted tiene cualquier otra cobertura de seguro médico adicional a nuestro plan, deberá hacérnoslo saber.*** *Por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros para hacérnoslo saber (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).*
  + Tenemos que seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura combinada cuando obtenga sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque consiste en la coordinación de los beneficios médicos que usted obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico que usted tenga. Ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7.)
* ***Informe*** ***a sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.*** *Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando obtenga cualquier cuidado médico.*
* ***Ayude a sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud a ayudarlo, facilitándoles información, haciendo preguntas, y dando seguimiento a sus cuidados.***
  + Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de cuidados médicos a facilitarle los mejores cuidados, aprenda cuanto más pueda acerca de sus problemas médicos y facilíteles la información que necesiten acerca de usted y de su salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.
  + Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
  + Si usted tiene dudas, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de cuidados médicos deberán explicarle todo de forma que usted pueda entenderlo. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
* ***Sea considerado.*** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe que ayude con la buena marcha de la oficina de su médico, hospitales, y otros centros.*
* ***Pague lo que debe.*** *Como miembro del plan, es responsable por los siguientes pagos:*
  + [*Insert if applicable:* Usted deberá pagar sus primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.]
  + Para ser elegible para nuestro plan, usted deberá tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos miembros del plan deberán pagar una prima para la Parte A de Medicare, y la mayoría de los miembros del plan deberán pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
  + Para algunos de los servicios médicos cubiertos por el plan, usted deberá pagar su porción de los costos compartidos cuando obtenga el servicio [*insert if applicable:* o medicamento]. Esta será un [*insert as appropriate:* copago (un monto fijo) *OR* coseguro (un porcentaje del costo total) *OR* copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total)]. El Capítulo 4 le indica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos.
  + Si usted obtiene cualquier cuidado médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, deberá pagar el costo total.
    - Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión denegando cobertura para un servicio, puede presentar una apelación. Por favor, consulte el Capítulo 7 de esta publicación para información acerca de como presentar una apelación.
* ***Déjenos saber si se muda.*** *Si usted se va a mudar, es importante que nos lo haga saber de inmediato. Llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).* 
  + **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted** *[if a continuation area is offered, insert “en general” here and then explain the continuation area]***no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 indica nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si usted está abandonando nuestra área de servicio, tendrá acceso a un Periodo de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos indicarle si tenemos un plan en su nueva área.
  + **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún debemos estar informados** para mantener sus datos de membresía actualizados y para poder comunicarnos con usted.
  + Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de retiro ferroviario). Usted puede localizar los números de teléfono e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
* ***Llame a nuestros Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o preocupaciones.*** *También agradeceremos cualquier sugerencia que usted pueda tener para mejorar nuestro plan.*
  + Los números de teléfono y horarios de llamadas de nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.
  + Para más información acerca de cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, por favor, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

ANTECEDENTES 98

SECCIÓN 1 Introducción 98

Sección 1.1 Qué hacer si usted tiene un problema o una preocupación 98

Sección 1.2 ¿Cómo esclarecer los términos legales? 98

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros 99

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 99

SECCIÓN 3 ¿Para resolver su problema, qué proceso debería utilizar? 99

Sección 3.1 ¿Debería usted utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o debería utilizar el proceso para quejas? 99

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 101

SECCIÓN 4 Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones 101

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: Perspectiva general 101

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 102

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo facilita detalles para su situación? 103

SECCIÓN 5 Sus cuidados médicos: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 103

Sección 5.1 Esta sección describe qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura de cuidados médicos o si solicita que le reembolsemos nuestra porción de los costos compartidos de sus cuidados 103

Sección 5.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o facilite la cobertura médica que usted desea obtener) 105

Sección 5.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar que revisemos una decisión de cobertura de cuidados médicos tomada por nuestro plan) 109

Sección 5.4 Paso por paso: Cómo se desarrolla una apelación de Nivel 2 112

Sección 5.5 ¿Qué ocurre si usted está solicitando que le reembolsemos nuestra porción de una factura que usted recibió por cuidados médicos? 114

SECCIÓN 6 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización como paciente internado prolongada, si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto 115

Sección 6.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente interno, recibirá un aviso por escrito de Medicare indicando sus derechos 116

Sección 6.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta del hospital 117

Sección 6.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su alta del hospital 120

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 122

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que la cobertura está terminando demasiado pronto 125

Sección 7.1 *Esta sección aplica únicamente a tres servicios:* cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) 125

Sección 7.2 Le haremos saber con antelación cuándo su cobertura estará terminando 126

Sección 7.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestros plan cubra sus cuidados por más tiempo 127

Sección 7.4 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus cuidados por más tiempo 129

Sección 7.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 131

SECCIÓN 8 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y más 134

Sección 8.1 Apelaciones de Nivel 3, 4, y 5 para servicios médicos 134

CÓMO PRESENTAR QUEJAS 136

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de los cuidados, tiempos de espera, servicio al cliente, u otras preocupaciones 136

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas son resueltos a través del proceso de quejas? 136

Sección 9.2 El nombre formal para “quejarse” es “presentar una queja” 139

Sección 9.3 Paso por paso: Cómo presentar una queja 139

Sección 9.4 Usted también puede presentar sus quejas acerca de la calidad de los cuidados directamente a la Organización de mejoramiento de la calidad 140

Sección 9.5 Usted también puede informar a Medicare acerca de su queja 141

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

ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si usted tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica dos tipos de procesos para resolver problemas y preocupaciones:

* Para ciertos tipos de problemas, usted deberá utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
* Para otros tipos de problemas, usted deberá utilizar el **proceso para presentar quejas**.

Ambo procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas son resueltos justa y oportunamente, cada proceso tiene reglas, procedimientos, y fechas límite que deberán ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál debería utilizar? Eso dependerá del tipo de problema que usted tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso apropiado para cada caso.

#### Sección 1.2 ¿Cómo esclarecer los términos legales?

En este capítulo explicamos los términos legales técnicos relativos a las reglas, procedimientos, y tipos de fechas límite que aparecen en el mismo. Muchos de estos términos son desconocidos por la mayoría de las personas, y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales utilizando palabras más sencillas en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo habla de “presentar una queja” en vez de “presentar una demanda formal,” o “decisión de cobertura” en vez de “determinación por parte de la organización”, u “Organización de revisión independiente” en vez de “Entidad de revisión independiente.” Este capítulo también utiliza cuantas menos abreviaciones posibles.

Sin embargo, puede ser útil – y a veces muy importante – conocer los términos legales técnicos según la situación en que se encuentre. El saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse más clara y detalladamente cuando intente resolver su problema y obtener ayuda o información apropiadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando facilitamos detalles acerca de cómo resolver ciertos tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros

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

A veces puede ser desconcertante empezar o monitorear un proceso para resolver un problema. Esto es especialmente cierto si usted no se siente bien o con poca energía. Otras veces, tal vez no tenga los conocimientos necesarios para tomar el siguiente paso.

##### Obtenga ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en ciertas situaciones tal vez desee ayuda o consejos de alguien que no esté relacionado con nosotros. Usted siempre puede comunicarse con su **Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con consejeros en cada estado. El programa no está relacionado ni con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a saber qué proceso usted debería utilizar para resolver un problema que usted tenga. También pueden contestar sus preguntas, facilitarle más información, y ofrecer consejos acerca de qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de esta publicación.

##### Usted también puede obtener ayuda e información de Medicare

Para más información y ayuda para resolver un problema, usted también puede comunicarse con Medicare. He aquí dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

* usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
* Usted puede visitar el sitio Web de Medicare <http://www.medicare.gov>).

### SECCIÓN 3 ¿Para resolver su problema, qué proceso debería utilizar?

#### Sección 3.1 ¿Debería usted utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o debería utilizar el proceso para quejas?

Si usted tiene un problema o preocupación, sólo necesita leer las partes de este capítulo que tengan que ver con su situación. La guía siguiente le será útil.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación, **EMPIECE AQUÍ**

##### ¿Es su problema o preocupación acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de si un cuidado médico o un medicamento recetado en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de los cuidados médicos o de los medicamentos recetados.)

**Sí.** Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones.”**

**No.** Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte directamente la **Sección 9** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de los cuidados, tiempos de espera, servicio al cliente o otras preocupaciones.”**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

### SECCIÓN 4 Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones

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

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones resuelve problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluyendo problemas relacionados con los pagos. Este es el proceso que usted debe utilizar para problemas tales como si algo está cubierto o no, y la manera en que algo está cubierto.

##### Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cada vez que usted recibe cuidados médicos de éste, o si su médico de la red lo refiere a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos o no un servicio médico en particular o si éste se niega a facilitar cuidados médicos que usted piensa necesitar. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, usted puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura.

Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos tal vea decidamos que un servicio no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

##### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela por primera vez, esto se llama una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si estábamos siguiendo todas las reglas apropiadamente. Su apelación es llevada a cabo por unos examinadores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Una vez que hayamos completado la revisión, le facilitaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión de apelación acelerada o “decisión de cobertura rápida”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si denegamos parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. La apelación de nivel 2 es llevada a cabo por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será automáticamente enviado a la organización independiente como una apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo haremos saber. En otras situaciones, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2.) Si usted no está satisfecho con la decisión respecto a la apelación de Nivel 2, tal vez pueda seguir apelando a través de niveles adicionales.

#### Sección 4.2 Cómo obtener ayuda si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea usted obtener alguna ayuda? He aquí algunas fuentes de información que tal vez desee utilizar si decide solicitar cualquier decisión de cobertura, o apelar una decisión:

* Usted **puede llamar a nuestros Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
* **Su médico puede solicitar una decisión de cobertura en su nombre.** Para cuidados médicos, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será automáticamente llevada al Nivel 2. Para presentar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico deberá ser nombrado como su representante.
* **Usted puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si usted lo desea, puede nombrar a otra persona para actuar en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  + Tal vez exista alguien que ya esté legalmente autorizado a actuar como su representante bajo la ley estatal.
  + Si usted desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) y solicite un formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio Web de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio Web *[insert website or link to form]*].) El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe ser firmado por usted y por la persona que usted desea actúe en su nombre. Usted deberá facilitarnos una copia del formulario firmado.
* **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado que actúe en su nombre.** Usted puede contratar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que le facilitarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **usted no tiene obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier decisión de cobertura o para apelar una decisión.

#### Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo facilita detalles para su situación?

Existen tres diferentes tipos de situaciones en cuanto a decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, facilitamos detalles para cada tipo en una sección separada:

* **Sección 5** de este capítulo: “Sus cuidados médicos: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
* **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitar que cubramos una hospitalización como paciente internado prolongada, si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
* **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto” (*Aplica a estos servicios únicamente*: cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés))

Si usted no está seguro de qué sección debería consultar, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Usted también puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno tales como su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (El Capítulo 2, Sección 3, de esta publicación detalla los números de teléfono para este programa).

### SECCIÓN 5 Sus cuidados médicos: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

question markquestion mark. ¿Ha consultado usted la Sección 4 de este capítulo (*Guía “básica” acerca de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no, tal vez le convenga consultarla antes de seguir con esta sección.

#### Sección 5.1 Esta sección describe qué hacer si usted tiene problemas para obtener cobertura de cuidados médicos o si solicita que le reembolsemos nuestra porción de los costos compartidos de sus cuidados

Esta sección detalla sus beneficios para cuidados y servicios médicos. Detallamos estos beneficios en el Capítulo 4 de esta publicación: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted*). Para simplificar la cosas, en general utilizamos los términos “cobertura de cuidados médicos” o “cuidados médicos” por el resto de esta sección, en vez de repetir “cuidados médicos o tratamiento o servicios” en cada instancia.

Esta sección detalla lo que usted puede hacer en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no está obteniendo ciertos cuidados médicos que desea obtener, y piensa que estos cuidados están cubiertos por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprueba los cuidados médicos que su médico u otro proveedor médico desean facilitarle, y usted piensa que estos cuidados están cubiertos por el plan.

3. Usted ha recibido cuidados o servicios médicos que piensa deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos indicado que no pagaremos por estos cuidados.

4. Usted ha recibido y ha pagado por cuidados o servicios médicos que usted piensa deberían estar cubiertos por el plan, y desea solicitar que el plan le reembolse por estos cuidados.

5. Le indican que la cobertura de ciertos cuidados médicos que usted está recibiendo y que aprobamos previamente, será reducida o terminada, y usted piensa que la reducción o terminación de estos cuidados podría dañar a su salud.

* NOTA: **Si la cobertura que será terminada es de hospitalización, cuidados médicos en el hogar, cuidados en centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés)**, usted deberá consultar una sección separada de este capítulo porque ciertas reglas especiales aplican a estos tipos de cuidados. He aquí lo que deberá consultas en esas situaciones
* Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitar que cubramos una hospitalización como paciente internado prolongada, si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
* Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección aplica únicamente a tres servicios: cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés).
* Para *cualquier otra* situación en la que le informen que los cuidados médicos que está recibiendo serán terminados, consulte esta sección (Sección 5) como su guía para averiguar lo que debería hacer.

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

| Si usted se encuentra en esta situación: | Esto es lo que usted puede hacer: |
| --- | --- |
| ¿Desea usted averiguar si cubriremos los cuidados o servicios médicos que desea obtener? | Usted puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5.2**. |
| ¿Ya le hemos indicado que no cubriremos ni pagaremos por los servicios médicos en la manera en que usted desea que los cubramos o paguemos? | Usted puede presentar una **apelación**. (Esto significa que usted solicita que reconsideremos nuestra decisión.)  Salte a la **Sección 5.3** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitar que le reembolsemos por cuidados o servicios médicos que usted ya recibió y pagó? | Usted puede enviarnos la factura.  Salte a la **Sección 5.5** de este capítulo. |

#### Sección 5.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o facilite la cobertura médica que usted desea obtener)

| **Términos legales** |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus cuidados médicos, se denomina una **“determinación de la organización.”**  Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación acelerada.”** |

##### Paso 1: Usted solicita que nuestro plan tome una decisión de cobertura acerca de cuidados médicos que desea obtener. Si su salud requiere una respuesta rápida, debería solicitar que tomemos una “decisión de cobertura rápida.”

Cómo solicitar cobertura para los cuidados médicos que desea obtener

* Empiece por llamar, escribir, o enviar un fax a nuestro plan solicitando que autoricemos o facilitemos cobertura para los cuidados médicos que desea obtener. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
* Para detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y lea la sección *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura acerca de sus cuidados médicos.*

Generalmente, utilizamos las fechas límite estándar para hacerle saber nuestra decisión

Le haremos saber nuestra decisión dentro de las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “aceleradas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una contestación en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

* **Sin embargo,** **podemos demorarnos hasta 14 días de calendario adicionales** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos información (tal como datos médicos de proveedores fuera de la red) que puedan beneficiarlo. Si decidimos demorar nuestra respuesta para tomar una decisión, se lo haremos saber por escrito.
* Si usted piensa que *no* deberíamos demorarnos por más tiempo, usted puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de demorarnos por más tiempo. Cuando usted presenta una queja acelerada, le daremos una respuesta en un plazo de 24 hours. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión de cobertura acelerada”

* **Una decisión de cobertura acelerada significa que le contestaremos en un plazo de 72 horas.** 
  + **Sin embargo,** **podemos demorarnos hasta 14 días de calendario adicionales** si consideramos que nos hace falta cierta información que podría beneficiarlo (tal como datos médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita más tiempo para hacernos llegar la información que necesitamos para llevar a cabo la revisión. Si decidimos demorarnos por más tiempo, se lo haremos saber por escrito.
  + Si usted piensa que *no* deberíamos demorarnos por más tiempo, usted puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de demorarnos por más tiempo. (Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.) Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
* **Para obtener una decisión de cobertura acelerada, usted deberá cumplir dos requisitos:**
  + Usted podrá obtener una decisión de cobertura acelerada *únicamente* si está solicitando cobertura de cuidados médicos *que aún no ha recibido*. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura acelerada si su solicitud es acerca de cuidados médicos que ya ha recibido.)
  + Usted podrá obtener una decisión de cobertura acelerada *únicamente* si el utilizar las fechas límite estándar pudiera *causar daños graves a su salud o dificultar su habilidad para funcionar normalmente.*
* **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura acelerada,” acordaremos automáticamente facilitarle una decisión de cobertura acelerada.**
* Si usted solicita una decisión de cobertura por sí mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura acelerada.
  + Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta indicándoselo (y utilizaremos las fechas límite estándar en vez de las aceleradas).
  + Esta carta le indicará que si su médico solicitara una decisión de cobertura acelerada, acordaremos automáticamente facilitarle una decisión de cobertura acelerada.
  + Esta carta también le indicará cómo presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión que facilitarle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura acelerada que usted solicitó. (Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

##### Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidados médicos y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura “acelerada”

* Generalmente, para una decisión de cobertura acelerada, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  + Según explicamos más arriba, podemos demorarnos hasta 14 días de calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito.
  + Si usted piensa que *no* deberíamos demorarnos por más tiempo, usted puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de demorarnos por más tiempo. Si usted presenta una queja acelerada, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  + Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si existe un “plazo extendido” después de terminar ese plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más abajo le indica cómo presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es “sí” para parte de, o a todo lo que solicitó,** deberemos autorizar o facilitar la cobertura de cuidados médicos acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesitado para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o facilitaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
* **Si nuestra respuesta es “no” para parte de, o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de tal decisión.

Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar”

* Generalmente, para una decisión de cobertura acelerada, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  + Podemos demorarnos 14 días calendario adicionales (“plazo extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito.
  + Si usted piensa que *no* deberíamos demorarnos por más tiempo, usted puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de demorarnos por más tiempo. Si usted presenta una queja acelerada, le daremos nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  + Si lo le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si existe un “plazo extendido” después de terminar ese plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más abajo le indica cómo presentar una apelación.
* **Si nuestra respuesta es “sí” para parte de, o a todo lo que solicitó,** deberemos autorizar o facilitar la cobertura de cuidados médicos acordada en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si extendemos el plazo necesitado para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o facilitaremos la cobertura al finalizar ese plazo extendido.
* **Si nuestra respuesta es “no” para parte de, o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito de tal decisión.

##### Paso 3: Si respondemos “no” a su solicitud de cobertura de cuidados médicos, usted decide si desea presentar una apelación.

* Si respondemos “no”, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos – y quizá cambiemos – esta decisión, presentando una apelación. El presentar una apelación significa intentar nuevamente recibir cobertura para los cuidados médicos que usted desea obtener.
* Si usted decide presentar una apelación, esto significa que utiliza el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 más abajo).

#### Sección 5.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar que revisemos una decisión de cobertura de cuidados médicos tomada por nuestro plan)

##### Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta acelerada, deberá solicitar una “apelación acelerada.”

| **Términos legales** |
| --- |
| Una apelación presentada al plan acerca de cobertura de cuidados médicos se denomina solicitar una **“reconsideración”** del plan |

Qué debe hacer usted

* **Para iniciar una apelación, usted, su médico, o su representante, deberán comunicarse con nosotros.** Para detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado de su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y lea la sección *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación acerca de sus cuidados médicos.*
* **Si usted está presentando una apelación estándar, preséntela por escrito enviando una solicitud.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* Usted tal vez también pueda presentar una apelación llamándonos al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plans may edit section title as necessary]* (*How to contact us when you are making an appeal about your medical care*).]
  + Si alguien que no sea su médico, está apelando nuestra decisión en su nombre, su apelación deberá incluir un formulario de Nombramiento de representante autorizando a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. El formulario también está disponible visitando el sitio Web de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> [*plans may also insert:* o en nuestro sitio Web *[insert website or link to form]*].) Aunque podemos aceptar una solicitud apelación sin este formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
* **Si usted está solicitando una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llamándonos** al número de teléfono indicado en el Capítulo 2, Sección 1 *[plan may edit section title as needed]* (*Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación acerca de sus cuidados médicos*).
* **Usted deberá presentar su apelación en un plazo de 60 días de calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos indicando nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le pasa esta fecha límite y tiene una buena causa por la cual se le pasó, tal vez le concedamos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas causas para que se le pasara la fecha límite pueden incluir el que usted tuviera una enfermedad grave que le impidió el ponerse en contacto con nosotros, o que le hubiéramos facilitado información incompleta o incorrecta acerca de la fecha límite para presentar una apelación.
* **Usted puede solicitar obtener una copia de la información relacionada con nuestra decisión y añadir más información para apoyar su apelación.**
  + Usted tiene derecho a solicitar que le facilitemos una copia de la información relativa a su apelación. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrar un cargo por hacer copias y enviarle esta información.]
  + Si usted lo desea, usted y su médico podrán facilitarnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación acelerada” (puede solicitarla por teléfono)

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

* Si usted está apelando una decisión que hemos tomado acerca de cobertura de cuidados que usted aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita presentar una “apelación acelerada.”
* Los requisitos y procedimientos para presentar una “apelación acelerada” son los mismos que para solicitar una “decisión de cobertura acelerada.” Para presentar una apelación acelerada, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura acelerada. (Estas instrucciones han sido detalladas más arriba en esta sección.)
* Si su médico nos indica que su salud requiere una “apelación acelerada,” aceptaremos que presente una apelación acelerada.

##### Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

* Mientras nuestro plan considera su apelación, estudiamos detalladamente todos los datos relativos a su solicitud de cobertura de cuidados médicos. Verificaremos si seguimos todas las reglas antes de denegar su solicitud.
* Recopilaremos más información si fuera necesario. Tal vez nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una apelación “acelerada”

* Si utilizamos fechas límite aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  + Sin embargo, si solicitamos más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, podemos **demorarnos hasta 14 días de calendario adicionales.** Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
  + Si no le damos una contestación en un plazo de 72 horas (o al terminar el plazo extendido si nos demoramos por más tiempo), tenemos que elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde ésta será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos acerca de esta organización y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es “sí” para parte de, o a todo lo que solicitó,** deberemos autorizar o facilitar la cobertura de cuidados médicos acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es “no” para parte de, o a todo lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente iniciando una apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación “estándar”

* Si utilizamos fechas límite estándar, deberemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días de calendario** después de recibir su apelación, si su apelación es acerca de cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes, si su condición médica así lo requiere.
  + Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días de calendario adicionales**. Si debemos tardar días adicionales para tomar una decisión, se lo haremos saber por escrito.
  + Si usted piensa que *no* deberíamos demorarnos por más tiempo, usted puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de demorarnos por más tiempo. Cuando usted presenta una queja acelerada, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
  + Si no le damos una respuesta dentro del plazo indicado más arriba (o al terminar el plazo extendido si nos demoramos por más tiempo), tenemos que elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde ésta será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos acerca de esta organización y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
* **Si nuestra respuesta es “sí” para parte de, o a todo lo que solicitó,** deberemos autorizar o facilitar la cobertura de cuidados médicos acordada en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
* **Si nuestra respuesta es “no” para parte de, o a todo lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente iniciando una apelación de Nivel 2.

##### Paso 3: Si nuestro plan responde “no” a parte de, o a toda su apelación, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para verificar que seguimos todas las reglas antes de denegar su apelación, **tenemos que enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente.”** Cuando hagamos esto, significa que su apelación será elevada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

#### Sección 5.4 Paso por paso: Cómo se desarrolla una apelación de Nivel 2

Si respondemos “no” a su Apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisará nuestra decisión acerca de su primera apelación. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos debería ser cambiada.

##### Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente.”** A veces se denomina **“IRE.”** |

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para realizar las responsabilidades de la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su funcionamiento.
* Enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina “archivo del caso.” **Usted tiene derecho a solicitar obtener una copia del archivo de su caso**. [*If a fee is charged, insert:* Estamos autorizados a cobrar un cargo por hacer copias y enviarle esta información.]
* Usted tiene derecho a facilitar a la Organización de revisión independiente información adicional para apoyar su apelación.
* Los que revisen su caso dentro de la Organización de revisión independiente estudiarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted inició una apelación “acelerada” de Nivel 1, su caso será elevado a una apelación “acelerada” de nivel 2

* Si usted presentó a nuestro plan una apelación acelerada de Nivel 1, será automáticamente elevada a una Apelación acelerada de Nivel 2. La organización de revisión independiente deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podrá demorarse hasta 14 días de calendario adicionales**.

Si usted inició una apelación “estándar” de Nivel 1, su caso será elevado a una apelación “estándar” de nivel 2

* Si usted presentó a nuestro plan una apelación estándar de Nivel 1, será automáticamente elevada a una Apelación estándar de Nivel 2. La organización de revisión independiente deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días de calendario** después de recibir su apelación.
* Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesitara recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podrá demorarse hasta 14 días de calendario adicionales**.

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

La Organización de revisión independiente le hará saber su decisión por escrito y explicará sus razones.

* **Si la organización de revisión dice “sí” a parte de, o a toda su apelación,** deberemos autorizar la cobertura de cuidados médicos en un plazo de 72 horas o facilitar el servicio en un plazo de 14 días de calendario después de recibir la decisión por parte de la organización de revisión para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
* **Si la organización de revisión dice “no” a parte de, o a toda su apelación**, esto significa que están de acuerdo con nosotros de que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidados médicos no debería ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión.” También se denomina “denegar su apelación.”)
  + Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación en el Nivel 3, el monto en dólares de la cobertura de cuidados médicos que usted está solicitando deberá cumplir un mínimo. Si el monto en dólares de la cobertura que usted está solicitando es demasiado bajo, usted no podrá elevar el nivel de su apelación, lo que significa que la decisión al Nivel 2 es final. El aviso por escrito que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará cómo averiguar en monto en dólares necesario para proseguir con el proceso de apelaciones.

##### Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir elevando su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (existe un total de cinco niveles de apelación).
* Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para proseguir con el proceso de apelación, usted debe decidir si desea elevar su apelación al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles acerca de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
* La Apelación de Nivel 3 es llevada a cabo por un juez administrativo. La Sección 8 de este capítulo ofrece más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 5.5 ¿Qué ocurre si usted está solicitando que le reembolsemos nuestra porción de una factura que usted recibió por cuidados médicos?

Si usted desea solicitar que le reembolsemos nuestra porción de un pago por cuidados médicos cubiertos, empiece por consultar el Capítulo 5 de esta publicación: *Cómo solicitar que le reembolsemos nuestra porción de una factura que usted recibió por cuidados médicos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en que tal vez deba solicitar un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor. Este capítulo también le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un pago.

##### Solicitar un reembolso, es como solicitar una decisión de cobertura de nosotros

Si usted nos envía los documentos solicitando un reembolso, es como solicitar una decisión de cobertura (para más información acerca de decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si los cuidados médicos que usted pagó son un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de servicios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos si usted siguió todas las reglas para utilizar su cobertura de cuidados médicos (estas reglas están detalladas en el Capítulo 3 de esta publicación: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener sus servicios médicos*).

##### Responderemos “sí” o “no” a su solicitud

* Si los cuidados médicos que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra porción de los costos compartidos de sus cuidados médicos en un plazo de 60 días de calendario después de recibir su solicitud. O bien, si usted no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es como responder “*sí”* a su solicitud de decisión de cobertura.)
* Si los cuidados médicos *no* están cubiertos, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos ningún pago. Al contrario, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos por los servicios, indicando las razones detalladamente. (Cuando denegamos una solicitud de pago, es lo mismo que responder “*no”* a su solicitud de decisión de cobertura.)

##### ¿Qué ocurre si usted solicita un pago y respondemos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud, **usted puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que usted está solicitando que cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado cuando denegamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que detallamos en la parte 5.3 de esta sección**. Consulte esta parte para ver las instrucciones paso por paso. Al seguir estas instrucciones, por favor, tenga en cuenta:

* Si usted presenta una apelación solicitando un reembolso, deberemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días de calendario después de recibir su apelación. (Si usted está solicitando que le reembolsemos por cuidados médicos que ya ha recibido y pagado directamente, no está autorizado a presentar una apelación acelerada.)
* Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión denegando el pago, deberemos enviarle el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días de calendario. Si respondemos que “sí” a su apelación en cualquier nivel del proceso de apelaciones después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago que usted solicitó, a usted o al proveedor en un plazo de 60 días de calendario.

### SECCIÓN 6 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización como paciente internado prolongada, si usted piensa que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando usted es internado en un hospital, tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos, y necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o herida. Para más información acerca de nuestra cobertura de sus cuidados hospitalarios, incluyendo cualquier limitación a esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de esta publicación: *Cuadro de servicios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted preparándose para el día en que usted saldrá del hospital. También harán arreglos para los cuidados que tal vez usted necesite después de su alta del hospital.

* El día que usted sale del hospital se denomina su “**fecha de alta**.”
* Cuando la fecha de su alta ha sido decidida, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
* Si usted piensa que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, usted puede solicitar una estadía hospitalaria prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le indica cómo solicitar una estadía hospitalaria prolongada.

#### Sección 6.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente interno, recibirá un aviso por escrito de Medicare indicando sus derechos

Durante su estadía hospitalaria cubierta, usted recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos.* Toda persona con Medicare recibirá una copia de este aviso al ingresar en un hospital. El personal del hospital (como por ejemplo, un trabajador social o enfermera) deberá entregarle el aviso en un plazo de dos días después de ser admitido. Si usted no recibe el aviso, solicítelo de cualquier empleado del hospital. Si usted necesita ayuda, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

**1. Lea este aviso detenidamente y pregunte su usted no lo entiende.** Este aviso le informa acerca de sus derechos en tanto que paciente hospitalario internado, incluyendo:

* Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos, y dónde usted puede obtenerlos.
* Su derecho a participar en cualquier decisión acerca de su estadía en el hospital, y a saber quién pagará por ella.
* Su derecho a saber dónde reportar cualquier preocupación que usted tenga acerca de la calidad de sus cuidados hospitalarios.
* Su derecho a apelar la decisión acerca de su alta del hospital si usted piensa que se la están dando demasiado pronto.

| **Términos legales** |
| --- |
| El aviso por escrito de Medicare le informa acerca de cómo **“solicitar una revisión inmediata.”** El solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se posponga la fecha de su alta para que cubramos sus cuidados hospitalarios por más tiempo. (La Sección 6.2 más abajo le indica cómo usted puede solicitar una revisión inmediata.) |

2. **Usted debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

* Usted o alguien actuando en su nombre deberán firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo detalla cómo usted puede dar autorización por escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
* El firmar el aviso indica *únicamente* que usted ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no incluye su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán la fecha de su alta). El firmar el aviso ***no* significa** que usted esté aceptando una fecha de alta.

3. **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información a mano, en caso de que la necesitara, acerca de cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación acerca de la calidad de los cuidados).

* Si usted firma el aviso más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
* Para leer de antemano una copia de este aviso, usted puede llamar a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede visitar el sitio Web <http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp>. También puede verla en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

#### Sección 6.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta del hospital

Si usted desea que sus servicios hospitalarios como paciente interno sean cubiertos por nosotros por más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, deberá entender qué hacer y cuáles son las fechas límite.

* **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones está detallado más abajo.
* **Cumpla las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que entiende y sigue las fechas límite que aplican a los pasos que debe hacer.
* **Solicite ayuda si la necesita**. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). O bien llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que facilita asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de mejoramiento de la calidad revisa su apelación.** Verifica si la fecha programada para su alta es apropiada para su situación médica.

##### Paso 1: Comuníquese con la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado y solicite una “revisión acelerada” de su alta del hospital. Usted deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de mejoramiento de la calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidados de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para monitorear y ayudar a mejorar la calidad de los cuidados para las personas con Medicare. Esto incluye el revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede usted comunicarse con esta organización?

* El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O cómo localizar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado, en el Capítulo 2, Sección 4, de esta publicación.)

Actúe rápidamente:

* Para presentar su apelación, usted deberá comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital **y no después de la fecha programada para su alta.** (La “fecha programada para su alta” es la fecha programada de su salida del hospital.)
  + Si usted cumple esta fecha límite, estará autorizado a quedarse en el hospital *después* de la fecha de su alta *sin pagar* mientras recibe la decisión sobre su apelación por parte de la Organización de mejoramiento de la calidad.
  + Si usted *no* cumple esta fecha límite, y decide quedarse en el hospital después de la fecha programada para su alta, *tal vez tenga que pagar por los costos completos* de los cuidados hospitalarios que reciba después de la fecha programada para su alta.
* Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad acerca de su apelación, podrá presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión acelerada”:

* Usted deberá solicitar de la Organización de mejoramiento de la calidad una **“revisión acelerada”** acerca de su alta. El solicitar una “revisión acelerada” significa que usted solicita que la organización utilice las fechas límite “aceleradas” para una apelación, en vez de utilizar las fechas límite estándar.

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

##### Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización de mejoramiento de la calidad (los denominaremos “los examinadores” para acortar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué usted cree que la cobertura de servicios debería continuar. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
* Los examinadores también estudiarán su informe médico, hablarán con su médico, y revisarán información que el hospital y nosotros hayamos facilitados.
* En o antes de mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito indicando la fecha programada para su alta y explicando en detalle las razones por las que su médico, el hospital, y nosotros pensamos que es apropiado (por razones médicas) darle de alta en esa fecha.

| **Términos legales** |
| --- |
| Esta explicación por escrito se denomina el “**Aviso de alta detallado.”** Usted puede obtener una muestra de este aviso llamando a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.) También puede leer el aviso visitando <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

##### Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la Organización de mejoramiento de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es “sí”?

* Si la organización de revisión responde “*sí”* a su apelación, **deberemos seguir facilitando sus servicios hospitalarios como paciente interno cubiertos, mientras estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
* Usted deberá seguir pagando su porción de los costos (tal como deducible o copagos, si aplican). Adicionalmente, tal vez existan limitaciones a sus servicios de hospitalización cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de esta publicación).

¿Qué ocurre si la respuesta es “no”?

* Si la organización de revisión responde “*no”* a su apelación, están indicando que la fecha programada para su alta es apropiada por razones médicas. En este caso, **nuestra cobertura de servicios hospitalarios como paciente interno serán terminados** a mediodía del día *siguiente* en que la Organización de mejoramiento de la calidad le dé su respuesta acerca de su apelación.
* Si la organización de revisión responde “*no”* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **tal vez tenga que pagar por los costos completos** de los cuidados hospitalarios que reciba después de mediodía del día en que la Organización de mejoramiento de la calidad le dé su respuesta acerca de su apelación.

##### Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Si la Organización de mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su, usted podrá presentar otra apelación. El presentar otra apelación significa que está elevando su apelación al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su alta del hospital

Si la Organización de mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización de mejoramiento de la calidad examine de nuevo la decisión que tomaron en cuanto a su primera apelación. Si la Organización de mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, tal vez tenga que pagar por los costos completos de su estadía después de la fecha programada para su.

He aquí los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

##### Paso 1: Usted se comunica de nuevo con la Organización de mejoramiento de la calidad y solicita otra revisión.

* Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días de calendario** después de la fecha en que la Organización de mejoramiento de la calidad respondió “*no”* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si usted se quedó en el hospital después de la fecha en que su cobertura de los cuidados fue terminada.

##### Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

* Los examinadores de la Organización de mejoramiento de la calidad estudiarán de nuevo detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

##### Paso 3: En un plazo de 14 días de calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión, los examinadores de la Organización de mejoramiento de la calidad decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

Si la organización de revisión responde “sí”:

* **Deberemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de cuidados hospitalarios que usted haya recibido después del mediodía de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización de mejoramiento de la calidad. **Deberemos seguir facilitando cobertura por sus servicios hospitalarios como paciente interno mientras sea necesario por razones médicas.**
* Usted deberá seguir pagando su porción de los costos, y ciertas limitaciones de cobertura tal vez apliquen.

Si la organización de revisión responde “no”:

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron acerca de su Apelación de Nivel 1, y no la cambiarán.
* El aviso que usted reciba indicará por escrito lo que usted puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. El aviso le dará detalles acerca de cómo proseguir al siguiente nivel de apelación, el cual es llevado a cabo por un juez.

##### Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea elevar su apelación al Nivel 3.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta la decisión o si desea proseguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 6.4 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

##### Usted nos puede presentar su apelación

Según explicamos anteriormente en la Sección 6.2, usted deberá actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad e iniciar su primera apelación en cuanto a su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de salir del hospital y no después de la fecha programada para su alta.) Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación.

Si usted utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

##### Paso por paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad, usted puede presentarnos una apelación, solicitando una “revisión acelerada.” Una revisión acelerada es una apelación que utiliza fechas límite aceleradas en vez de fechas límite estándar.

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

##### Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

* Para detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y lea la sección *[plans may edit section title as necessary]* *Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura acerca de sus cuidados médicos*.
* **Asegúrese de solicitar una** “**revisión acelerada**.” Esto significa que usted está solicitando que le demos nuestra respuesta utilizando las fechas límite “aceleradas” en vea de las fechas límite “estándar”.

##### Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “acelerada” de la fecha programada para su alta, verificando si era apropiada por razones médicas.

* Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha programada para su alta era apropiada por razones médicas. Verificaremos si la decisión acerca de la fecha en que usted debería salir del hospital era justa y siguió todas las reglas.
* En esta situación, utilizaremos las fechas límite “aceleradas” en vez de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión.

##### Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

* **Si respondemos “sí” a su apelación acelerada,** significa que estamos de acuerdo con que usted aún necesita seguir en el hospital después de la fecha programada para su alta, y seguiremos facilitando sus servicios hospitalarios como paciente interno mientras sean necesarios por razones médica. Esto también significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra porción de los costos compartidos por los cuidados que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura debía ser terminada. (Usted deberá pagar su porción de los costos compartidos y tal vez apliquen ciertas limitaciones de cobertura.)
* **Si respondemos “no” a su apelación acelerada,** estamos diciendo que la fecha programada para su alta era apropiada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente interno terminará el día en que indicamos que debía terminar.
  + Si usted se queda en el hospital *después* de la fecha programada para su alta, **tal vez usted tenga que pagar por los costos completos** de cuidados hospitalarios que reciba después de la fecha programada para su alta.

##### Paso 4: Si respondemos “*no”* a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas al responder “no” a su apelación acelerada, **tenemos que enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente.”** El hacer esto, significa que usted es *automáticamente* elevado al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

##### Paso por paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si respondemos “no” a su Apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisará la decisión que tomamos cuando respondimos “no” a su “apelación acelerada.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debería ser cambiada.

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es la **“Entidad de revisión independiente.”** A veces también se denomina **“IRE.”** |

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

* Tenemos la obligación de enviar la información acerca de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de indicarle que estamos respondiendo “no” a su primera apelación. (Si usted cree que no estamos cumpliendo la fecha límite u otras fechas límite, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo detalla cómo presentar una queja.)

##### Paso 2: La Organización de revisión independiente lleva a cabo una “revisión acelerada” de su apelación. Los examinadores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para realizar la funciones de la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su funcionamiento.
* Los examinadores de la Organización de revisión independiente estudiarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación referente a su alta del hospital.
* **Si esta organización responde “*sí”* a su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle dinero) por nuestra porción de los costos de servicios hospitalarios que usted haya recibido desde la fecha programada para su alta. También deberemos seguir facilitando cobertura del plan para sus servicios hospitalarios como paciente interno mientras sean necesarios por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su porción de los costos compartidos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas tal vez limiten el monto que le reembolsemos y el tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización responde “*no”* a su apelación,** esto significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su alta era apropiada por razones médicas.
  + El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que usted puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. El aviso le dará detalles acerca de cómo presentar una Apelación de Nivel 3, la cual será llevada a cabo por un juez.

##### Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea proseguir con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelaciones). Si los examinadores responden “no” a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o prosigue al Nivel 3 presentando una tercera apelación.
* La Sección 8 de este capítulo indica más acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 7 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que la cobertura está terminando demasiado pronto

#### Sección 7.1 *Esta sección aplica únicamente a tres servicios:* cuidados médicos en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, y servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés)

Esta sección aplica *únicamente* a los siguientes tipos de cuidados:

* **Cuidados médicos en el hogar** que usted está recibiendo.
* **Cuidados de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para averiguar acerca de los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería,” consulte el Capítulo 10, *Definiciones de términos importantes*.)
* **Cuidados de rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria aprobado por Medicare (CORF, en inglés). Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación de gravedad. (Para más información acerca de este tipo de centros, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de términos importantes*.)

Cuando usted está obteniendo cualquiera de estos tipos de cuidados, usted tiene derecho a seguir obteniendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidados mientras que los cuidados sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o herida. Para más información acerca de sus servicios cubiertos, incluyendo su porción de los costos compartidos y cualquier limitación de cobertura que tal vez aplique, consulte el Capítulo 4 de esta publicación: *Cuadro de servicios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidamos terminar la cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidados para usted, tendremos la obligación de hacérselo saber con antelación. Cuando termine la cobertura de esos cuidados, *dejaremos de pagar nuestra porción de los costos compartidos de sus cuidados.*

Si usted piensa que estamos terminando la cobertura de sus cuidados demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

#### Sección 7.2 Le haremos saber con antelación cuándo su cobertura estará terminando

| **Términos legales** |
| --- |
| Al informarle lo que podemos hacer, este aviso le está indicando cómo solicitar una **“apelación acelerada.”** El solicitar una apelación acelerada, es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejar de cubrir sus cuidados. (La Sección 7.3 siguiente indica cómo usted puede presentar una apelación acelerada.)  El aviso por escrito se denomina “**Aviso de no-cobertura de Medicare.”** Para leer una copia del aviso, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.) O bien lea el aviso en el sitio Web <http://www.cms.hhs.gov/BNI/> |

**1.** **Usted recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir sus cuidados, usted recibirá un aviso.

* El aviso por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir sus cuidados.
* El aviso por escrito también le indica lo que usted puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie su decisión acerca de cuándo dejar de cubrir sus cuidados, y seguir cubriéndolos por más tiempo.

**2.** **Usted deberá firmar el aviso por escrito para mostrar que usted lo recibió.**

* Usted o alguien actuando en su nombre deberán firmar el aviso. (La Sección 4 indica cómo usted puede dar autorización por escrito para actuar como su representante.)
* El firmar el aviso indica *únicamente* que usted ha recibido la información acerca de cuándo la cobertura terminará. **El firmar el aviso no significa que usted esté de acuerdo** con el plan de que es tiempo que la cobertura de los cuidados termine.

#### Sección 7.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestros plan cubra sus cuidados por más tiempo

Si usted desea solicitar que cubramos sus cuidados por más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar el proceso, le convendrá entender lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

* **Siga el proceso.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones está detallado más abajo.
* **Cumpla las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que entiende y cumple las fechas límite aplicables. También existen fechas límite que nuestro plan deberá cumplir. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)
* **Solicite ayuda si la necesita**. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor, llame a nuestros Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). O bien llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que facilita asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de mejoramiento de la calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

##### Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de mejoramiento de la calidad para su estado y solicite una revisión. Usted deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de mejoramiento de la calidad?

* Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de cuidados de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Monitorean la calidad de los cuidados recibidos por las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo dejar de cubrir ciertos tipos de cuidados médicos.

¿Cómo puedo comunicarme con esta organización?

* El aviso por escrito que usted reciba le indica cómo comunicarse con esta organización. (O cómo localizar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de esta publicación.)

¿Qué debería usted solicitar?

* Solicite a esta organización una “apelación rápida” (que lleve a cabo una revisión independiente) acerca de si es apropiado por razones médicas que nosotros dejemos de cubrir sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

* Usted deberá comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación *no más tarde de mediodía del día siguiente después de recibir el aviso por escrito indicándole cuándo dejaremos de cubrir sus cuidados*.
* Si se le pasa esta fecha límite para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad acerca de su apelación, usted podrá presentarnos su apelación directamente. Para detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

##### Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

* Los profesionales de la salud de la Organización de mejoramiento de la calidad (los denominaremos “los examinadores” para acortar) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué usted cree que la cobertura de servicios debería continuar. Usted no tendrá que preparar nada por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
* La organización de revisión también estudiará su informe médico, hablará con su médico, y revisará la información que nosotros hayamos facilitados.
* Antes de terminar el día en que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá de nosotros un aviso por escrito explicando en detalle las razones por las que estamos terminando la cobertura de sus servicios.

| **Términos legales** |
| --- |
| Este aviso de explicación se denomina “**Aviso de No-cobertura detallado.”** |

##### Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los examinadores le darán su decisión.

¿Qué ocurre si los examinadores responden “sí” a su apelación?

* Si los examinadores responden “*sí”* a su apelación, **deberemos seguir facilitando sus servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.**
* Usted tendrá deberá seguir pagando su porción de los costos compartidos (tales como deducible o copagos, si aplican). Adicionalmente, tal vez existan ciertas limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de esta publicación).

¿Qué ocurre si los examinadores responden “no” a su apelación?

* Si los examinadores responden “*no”* a su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le hayamos indicado previamente.** Dejaremos de pagar nuestra porción de los costos para estos cuidados en la fecha que aparece en este aviso.
* Si usted decide seguir obteniendo cuidados médicos en el hogar, o cuidados en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) *después* de esta fecha en la que termina la cobertura, **usted deberá pagar por los costos completos** de estos cuidados.

##### Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

* Esta primera apelación que usted presenta es de “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los examinadores responden “*no”* a su Apelación de Nivel 1 – y usted decide seguir obteniendo cuidados después de que termine su cobertura para los cuidados – usted puede presentar otra apelación.
* El presentar otra apelación significa que está prosiguiendo al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.4 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus cuidados por más tiempo

Si la Organización de mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación y usted decide obteniendo cuidados después de que termine su cobertura para los cuidados, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicitará que la Organización de mejoramiento de la calidad examine la decisión que tomaron acerca de su apelación. Si la Organización de mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, tal vez usted tenga que pagar por los costos completos de sus cuidados en el hogar, o cuidados en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) recibidos *después* de la fecha de terminación de cobertura que le habíamos indicado.

He aquí los pasos a tomar para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

##### Paso 1: Usted se comunica con la Organización de mejoramiento de la calidad de nuevo, y solicita otra revisión.

* Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización de mejoramiento de la calidad respondió “*no”* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si siguió obteniendo cuidados después de la fecha en que su cobertura de los cuidados terminó.

##### Paso 2: La Organización de mejoramiento de la calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

* Los examinadores de la Organización de mejoramiento de la calidad estudiarán de nuevo detalladamente toda la información relacionada con su apelación.

##### Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión responde “sí” a su apelación?

* **Deberemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de los cuidados que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Deberemos seguir facilitando cobertura**por los cuidados mientras sean necesarios por razones médicas.
* Usted deberá seguir pagando su porción de los costos compartidos, y tal vez apliquen ciertas limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión responde “no”?

* Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos acerca de su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
* El aviso que usted recibirá le indicará por escrito lo que usted puede hacer si desea proseguir con el proceso de revisión. El aviso le dará detalles acerca de cómo proseguir al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual será llevado a cabo por un juez.

##### Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, hasta un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o proseguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

#### Sección 7.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

##### Usted puede presentarnos su apelación

Según explicamos anteriormente en la Sección 7.3, usted deberá actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, a lo más tardar). Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación. Si usted utiliza esta manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

##### Paso por paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

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

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad, usted puede presentarnos una apelación a nosotros, solicitando una “revisión acelerada.” Una revisión acelerada es una apelación que utiliza las fechas límite aceleradas en vez de las fechas límite estándar.

He aquí los pasos para presentar una Apelación alternativa de Nivel 1:

##### Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada.”

* Para detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y lea la sección *[plans may edit section title as necessary] Cómo comunicarse con nosotros si está presentando una apelación acerca de sus cuidados médicos*.
* **Asegúrese de solicitar una “revisión acelerada**.” Esto significa que usted está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límite “aceleradas” en vez de las fechas límite “estándar”.

##### Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “acelerada” acerca de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

* Durante esta revisión, estudiamos de nuevo toda la información acerca de su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas al establecer la fecha de terminación de cobertura de los servicios del plan que usted estaba recibiendo.
* Utilizaremos las fechas límite “aceleradas” en vez de las estándar para darle nuestra respuesta a esta revisión.

##### Paso 3: Le damos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

* **Si respondemos “sí” a su apelación acelerada,** esto significa que estamos de acuerdo con que usted necesita los servicios por más tiempo, y seguiremos facilitando sus servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas. También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle por nuestra porción de los costos de los cuidados que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura sería terminada. (Usted deberá pagar su porción de los costos y tal vez apliquen ciertas limitaciones de cobertura.)
* **Si respondemos “no” a su apelación acelerada,** su cobertura terminará en la fecha que le indicamos previamente, y no pagaremos por ninguna porción de los costos después de esta fecha.
* Si usted sigue obteniendo cuidados en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada, o servicios en Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés) *después* de la fecha en la que indicamos terminaría su cobertura, **usted deberá pagar** por los costos completos de sus cuidados.

##### Paso 4: Si respondemos “*no”* a su apelación acelerada, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

* Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las reglas cuando respondimos “no” a su apelación acelerada, **deberemos enviar su apelación a la “Organización de revisión independiente.”** El hacer esto, significa que su apelación es *automáticamente* elevada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

##### Paso por paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

| **Términos legales** |
| --- |
| El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente.”** A veces se denomina **“IRE.”** |

Si respondemos “no” a su Apelación de Nivel 1, su caso será *automáticamente* elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** estudiará la decisión que tomamos respondiendo “no” a su “apelación acelerada.” Esta organización decidirá si la decisión que tomamos debería ser cambiada.

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

* Deberemos enviar la información acerca de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de indicarle que respondimos “no” a su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo esta fecha límite u otras fechas límite, usted puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar una queja.)

##### Paso 2: La Organización de revisión independiente llevará a cabo una “revisión acelerada” de su apelación. Los examinadores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

* **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare desempeñar las funciones de la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su funcionamiento.
* Los examinadores de la Organización de revisión independiente estudiarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación.
* **Si esta organización responde “*sí”* a su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle dinero) por nuestra porción de los costos compartidos por los cuidados que haya recibido desde la fecha en que indicamos terminaría su cobertura. También deberemos seguir cubriendo los cuidados mientras sean necesarios por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su porción de los costos compartidos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas tal vez limiten el monto que le reembolsemos, o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
* **Si esta organización responde “*no”* a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó acerca de su primera apelación y no la cambiarán.
  + El aviso que usted reciba de la Organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que usted puede hacer si desea proseguir con el proceso de apelación. el aviso le dará detalles acerca de cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

##### Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea proseguir con su apelación.

* Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, hasta un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o proseguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
* La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 8 Cómo elevar su apelación al Nivel 3 y más

#### Sección 8.1 Apelaciones de Nivel 3, 4, y 5 para servicios médicos

Esta sección le concierne si usted ya ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el monto en dólares del artículo o servicio médico acerca de los cuales usted ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, tal vez usted pueda proseguir a niveles de apelación más altos. Si el monto en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá apelar más. Si el monto en dólares es suficientemente elevado, la respuesta por escrito que reciba acerca de su Apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los dos primeros niveles. Detallamos más abajo, quién lleva a cabo la revisión de su apelación en cada nivel.

**Apelación de Nivel 3: Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. Este juez se denomina “Juez de derecho administrativo.”

* **Si el Juez de derecho administrativo responde “sí” a su apelación,** **el proceso de apelaciones *tal vez,* o *tal vez no* termine** – Decidiremos si elevar o no esta decisión de Nivel 3, al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (por la Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le fuera favorable.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, deberemos autorizar o facilitarle el servicio en un plazo de 60 días de calendario después de recibir la decisión del juez.
  + Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de nuestra solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con la documentación correspondiente. Tal vez esperemos hasta recibir la decisión acerca de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o facilitar el servicio en disputa.
* **Si el Juez de derecho administrativo responde “no” a su apelación, el proceso de apelaciones** ***tal vez* termine*,* o *tal vez no* termine.**
  + Si usted decide aceptar esta decisión que está rechazando su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
  + Si usted no acepta la decisión, puede proseguir al siguiente nivel de revisión. Si el Juez de derecho administrativo responde “no” a su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer a continuación, si decide proseguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de apelaciones** revisará su apelación y le dará su respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

* **Si la respuesta es “sí”, o el Consejo de apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable sobre una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *tal vez* termine*,* o *tal vez no* termine.** - Decidiremos si elevar o no esta decisión de Nivel 4, al Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (por la Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le fuera favorable.
  + Si decidimos *no* apelar la decisión, deberemos autorizar o facilitarle el servicio en un plazo de 60 días de calendario después de recibir la decisión del Consejo de apelaciones.
  + Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
* **Si la respuesta es “no” o si el Consejo de apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *tal vez* termine*,* o *tal vez no* termine**.
  + Si usted decide aceptar esta decisión que está rechazando su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
  + Si usted no acepta la decisión, tal vez pueda proseguir al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Si el Consejo de apelaciones responde “no” a su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le autorizarán a presentar una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le autorizan a proseguir, el aviso por escrito que recibirá también le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide proseguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un Juez **de Corte de distrito Federal** revisará su apelación.

* Éste es el último nivel del proceso de apelaciones administrativo.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

#### SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de los cuidados, tiempos de espera, servicio al cliente, u otras preocupaciones

question markquestion mark. Si su problema es acerca de decisiones relacionadas con beneficios, cobertura, o pagos, esta sección *no le concierne*. En su lugar, usted deberá utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

#### Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas son resueltos a través del proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas es utilizado para ciertos tipos de problemas *únicamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de los cuidados, tiempos de espera, y el servicio al cliente que usted recibe. He aquí algunos ejemplos de los tipos de problemas resueltos a través del proceso de quejas.

Si usted tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

| Queja | Ejemplo |
| --- | --- |
| **Calidad de sus cuidados médicos** | * ¿Está usted insatisfecho con la calidad de los cuidados que ha recibido (incluyendo los cuidados hospitalarios)? |
| **Respeto de su privacidad** | * ¿Considera usted que alguien no respetó su derecho a la privacidad, o divulgó información que usted considera confidencial acerca de usted? |
| **Falta de respeto, servicio al cliente deficiente, u otros comportamientos negativos** | * ¿Ha sido alguien grosero o irrespetuoso con usted? * ¿Está usted insatisfecho en cuanto a la manera en ha sido tratado por nuestros Servicios para Miembros? * ¿Siente usted que lo están animando a abandonar el plan? |
| **Tiempos de espera** | * ¿Está usted teniendo dificultades en concertar una cita, o está esperando demasiado tiempo para concertar una cita? * ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo para ser atendido por los médicos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios para Miembros, u otro personal del plan?   + Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, sala de esperas, o sala de examen. |
| **Limpieza** | * ¿Está usted insatisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, hospital, u oficina del médico? |
| **Información que recibe de nosotros** | * ¿Considera usted que no le hemos facilitado un aviso que le deberíamos haber facilitado? * ¿Considera usted que la información por escrito que le hemos facilitado es difícil de entender? |
| **Prontitud** (Estos tipos de quejas están relacionados con nuestra prontitud en cuanto a nuestras decisiones de cobertura y apelaciones) | El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones está detallado en las secciones 4-8 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o presentando una apelación, utilice ese proceso en vez del proceso de quejas.  Sin embargo, si usted ya solicitó una decisión de cobertura por nuestra parte o ya presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la rapidez necesaria, usted también puede presentar una queja acerca de nuestra dilación. He aquí algunos ejemplos:   * Si usted ha solicitado que le demos una “decisión de cobertura acelerada” o presentó una “apelación acelerada,” e indicamos que no lo haremos, usted puede presentar una queja. * Si usted considera que no estamos cumpliendo las fechas límite al darle una decisión de cobertura o darle respuesta a una apelación, usted puede presentar una queja. * Cuando una decisión de cobertura que hayamos hecho es revisada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle por ciertos servicios médicos, existen fechas límite que deberán ser cumplidas. Si usted piensa que no estamos cumpliendo esas fechas límite, usted puede presentar una queja. * Si no le damos nuestra decisión oportunamente, deberemos enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no hacemos esto antes de la fecha límite requerida, usted puede presentar una queja. |

#### Sección 9.2 El nombre formal para “quejarse” es “presentar una queja”

| **Términos legales** |
| --- |
| * Lo que esta sección denomina **“queja”** también se denomina **“reclamo.”** * Otro término para **“quejarse”** es **“presentar una queja.”** * Otra manera de decir “**utilizar el proceso para reclamos”** es “**utilizar el proceso para presentar una queja.”** |

#### Sección 9.3 Paso por paso: Cómo presentar una queja

##### Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente – ya sea por teléfono o por escrito.

* **Usualmente, el primer paso consiste en llamar a nuestros Servicios para Miembros.** Si existe cualquier cosa que usted deba hacer, nuestros Servicios para Miembros se lo harán saber. *[Insert phone number, TTY, and days and hours of operation.]*
* **Si usted no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), usted puede presentar su queja por escrito.** Si usted presenta su queja por escrito, responderemos a su queja 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.]*
* **Ya sea por teléfono o por escrito, usted debería comunicarse con nuestros Servicios para Miembros rápidamente.** La queja deberá hacerse en un plazo de 60 días de calendario después de haber tenido el problema acerca del cual desea quejarse.

| **Términos legales** |
| --- |
| Lo que esta sección denomina **“queja acelerada”** también se denomina **“reclamo acelerado.”** |

* **Si usted está presentando una queja porque rechazamos su solicitud de “decisión de cobertura acelerada” o una “apelación acelerada,” le daremos automáticamente una “queja acelerada”.** Si usted presenta una queja “acelerada”, significa que le daremos una respuesta en **un plazo de 24 horas**.

##### Paso 2: Estudiamos su queja y le damos nuestra respuesta.

* **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si usted nos llama con una queja, tal vez podamos darle una contestación durante su misma llamada. Si su condición médica requiere una respuesta rápida, así lo haremos.
* **La mayoría de las quejas son contestadas en un plazo de 30 días de calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su mayor interés, o si usted solicita más tiempo, nos podríamos demorar hasta 14 días de calendario adicionales (44 días de calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tardar días, se lo haremos saber por escrito.
* **Si no estamos de acuerdo** con parte o con la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema acerca del cual usted se queja, se los haremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Deberemos responderle sin importar que estemos o no estemos de acuerdo con su queja.

#### Sección 9.4 Usted también puede presentar sus quejas acerca de la calidad de los cuidados directamente a la Organización de mejoramiento de la calidad

Usted puede presentarnos sus quejas acerca de la calidad de los cuidados recibidos utilizando el proceso paso por paso detallado más arriba.

Si su queja es acerca de la *calidad de los cuidados*, usted también tiene dos opciones adicionales:

* **Usted puede presentar su queja a la Organización de mejoramiento de la calidad**. Si lo prefiere, usted puede presentar su queja acerca de la calidad de los cuidados recibidos, directamente a esta organización (*sin* presentárnosla a nosotros).
  + La Organización de mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de cuidados médicos pagados por el gobierno federal para monitorear y mejorar los cuidados facilitados a los pacientes de Medicare.
  + Para localizar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de esta publicación. Si usted presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
* **Usted también puede presentar su queja a ambas entidades al mismo tiempo**. Si lo desea, usted puede presentarnos una queja acerca de la calidad de los cuidados médicos a nosotros, y al mismo tiempo presentarla a la Organización de mejoramiento de la calidad.

#### Sección 9.5 Usted también puede informar a Medicare acerca de su queja

Usted puede presentar una queja acerca de *[insert 2017 plan name]* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite el sitio Web www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio, y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene cualquier otro tipo de comentarios o preocupaciones, o si usted piensa que el plan no se está ocupando de su problema, por favor, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deberán llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Cómo cancelar su membresía en el plan

## Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 144

Sección 1.1 Este capítulo es acerca de cómo cancelar su membresía en nuestro plan 144

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan? 144

Sección 2.1 Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual 144

Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo anual de cancelación de Medicare Advantage, pero sus opciones serán más limitadas 145

Sección 2.3 En ciertos casos, usted podrá cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción Especial 145

Sección 2.4 ¿Dónde obtener más información acerca de cuándo puede cancelar su membresía? 146

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela usted su membresía en nuestro plan? 147

Sección 3.1 Usualmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan 147

SECCIÓN 4 Usted deberá seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía 148

Sección 4.1 Usted seguirá siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía 148

SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá terminar su membresía en el plan en ciertas condiciones 149

Sección 5.1 ¿Cuándo deberemos terminar su membresía en el plan? 149

Sección 5.2 No podemos solicitar que usted deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud 150

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 151

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Este capítulo es acerca de cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en *[insert 2017 plan name]* puede ser **voluntaria** (por su propia voluntad) o **involuntaria** (no por su propia voluntad):

* Usted puede dejar nuestro planporque ha decidido que *desea* dejarlo.
  + Sólo existen ciertos periodos durante el año, o ciertas situaciones, en los que usted puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica *cuándo* usted podrá cancelar su membresía en el plan.
  + El proceso para cancelaciones voluntarias de su membresía varía según el tipo de nueva cobertura que esté eligiendo. La Sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
* También existen algunas situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar, pero nosotros tenemos que terminar su membresía. La Sección 5 le indica acerca de estas situaciones en las que deberemos cancelar su membresía.

Si usted está abandonando nuestro plan, deberá seguir obteniendo sus cuidados médicos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

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

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan únicamente durante ciertos periodos del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Periodo de inscripción anual, y durante el Periodo de cancelación anual para Medicare Advantage. En ciertas situaciones, tal vez usted sea elegible para dejar el plan en otras fechas del año.

#### Sección 2.1 Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía durante el **Periodo de inscripción anual** (también conocido como “Periodo de elección coordinada anual”). Estas son las fechas en que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos recetados, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

* **¿Cuándo es el Periodo de inscripción anual?** Este transcurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
* **¿A qué tipo de plan puedo cambiarme durante el Periodo de inscripción anual?** Durante este periodo, usted puede revisar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede elegir seguir manteniendo su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año. Si usted decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  + Otro plan médico de Medicare. (Usted podrá elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra.)
  + Medicare Original *con* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
  + *– o bien –* Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
* **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

#### Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo anual de cancelación de Medicare Advantage, pero sus opciones serán más limitadas

Usted tendrá la posibilidad de hacer *un sólo* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo anual de cancelación de Medicare Advantage**.

* **¿Cuándo es el Periodo anual de cancelación de Medicare Advantage?** Este periodo transcurre cada año del 1 de enero al 14 de febrero.
* **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Periodo anual de cancelación de Medicare Advantage?** Durante este periodo, usted puede cancelar su membresía en el plan de Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si usted elige cambiar a Medicare Original durante este periodo, tendrá hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de Medicare para medicamentos recetados para añadir cobertura de recetas médicas.
* **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibimos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos recetados reciba su solicitud de inscripción.

#### Sección 2.3 En ciertos casos, usted podrá cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción Especial

En ciertos casos, los miembros de *[insert 2017 plan name]* tal vez sean elegibles para cancelar su membresía en otras fechas del año. Estas se denominan **Periodo de inscripción Especial**.

* **¿Quién es elegible para un Periodo de inscripción Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplican en su caso, usted será elegible para cancelar su membresía durante un Periodo de inscripción Especial. He aquí algunos ejemplos. Para consultar la lista completa, usted puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare, o visitar el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
  + Usualmente, cuando usted se muda.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable.]* Si usted tiene Medicaid.
  + Si violamos nuestro contrato con usted.
  + Si usted está obteniendo cuidados en un centro, como por ejemplo una residencia para ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC, en inglés).
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* Si usted se inscribe en el Programa integral de cuidados para ancianos (PACE, en inglés).]
* **¿Cuándo transcurren los Periodos de inscripción Especiales?** Los periodos de inscripción especiales varían según su situación.
* **¿Qué puede usted hacer?** Para averiguar si usted es elegible para un Periodo de inscripción Especial, por favor, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, usted puede elegir cambiar su cobertura de Medicare así como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que usted puede elegir lo siguientes tipos de planes:
  + Otro plan médico de Medicare. (Usted podrá elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra.);
  + Medicare Original *con* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados;
  + *– o bien –* Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.
* **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará usualmente el primer día del mes siguiente a la fecha en se recibe su solicitud de cambio de plan.

#### Sección 2.4 ¿Dónde obtener más información acerca de cuándo puede cancelar su membresía?

Si usted tiene cualquier pregunta o desea más información acerca de cuándo usted puede cancelar su membresía:

* Usted puede llamar a **nuestros Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* Usted puede localizar la información en la publicación ***Medicare y usted en el* *2017***.
  + Toda persona con Medicare recibirá una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare la recibirán en un plazo de un mes después de inscribirse.
  + Usted también puede descargar una copia visitando el sitio Web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, usted puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número indicado a continuación.
* Usted puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

### SECCIÓN 3 ¿Cómo cancela usted su membresía en nuestro plan?

#### Sección 3.1 Usualmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, usted simplemente deberá inscribirse en otro Plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para información acerca de los periodos de inscripción). Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan Medicare de medicamentos recetados, usted deberá solicitar la cancelación de nuestro plan. Existen dos maneras de solicitar la cancelación:

* Usted puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).
* *--o bien—*Usted puede comunicarse con Medicarellamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro siguiente explica cómo usted debería cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si usted desea cambiar de nuestro plan a: | Usted debería: |
| --- | --- |
| * Otro plan médico de Medicare. | * Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare.   Usted será automáticamente dado de baja en *[insert 2017 plan name]* cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. |
| * Medicare Original *con* un plan separado de Medicare de medicamentos recetados. | * Inscribirse en el nuevo plan Medicare de medicamentos recetados.   Usted será automáticamente dado de baja en *[insert 2017 plan name]* cuando empiece la cobertura de su nuevo plan. |
| * Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare de medicamentos recetados. | * **Envíenos una solicitud de cancelación por escrito.** Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación). * Usted también puede comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar la cancelación. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. * Su membresía en *[insert 2017 plan name]* será terminada cuando empiece su cobertura bajo Medicare Original. |

### SECCIÓN 4 Usted deberá seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía

#### Sección 4.1 Usted seguirá siendo miembro de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si usted abandona *[insert 2017 plan name]*, tal vez transcurra cierto tiempo hasta que su membresía termine y su nueva cobertura bajo Medicare sea efectiva. (Consulte la Sección 2 para información acerca de cuándo empieza su nueva cobertura.) Durante este periodo, usted deberá seguir obteniendo sus cuidados médicos a través de nuestro plan.

* **Si usted está hospitalizado en la fecha en que termina su membresía, su estadía en el hospital será usualmente cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aún cuando le den el alta después de haber empezando su nueva cobertura).

### SECCIÓN 5 *[Insert 2017 plan name]* deberá terminar su membresía en el plan en ciertas condiciones

#### Sección 5.1 ¿Cuándo deberemos terminar su membresía en el plan?

***[Insert 2017 plan name]* deberá terminar su membresía en el plan si suceden cualquiera de las siguientes situaciones:**

* Si usted no está continuamente inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare.
* Si se muda fuera de nuestra area de servicio.
* Si usted permanece 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 usted se muda o hace un viaje largo, deberá llamar a nuestros Servicios para Miembros para averiguar si el área donde usted se está mudando o a la que está viajando forma parte de nuestra área de servicio. (Los números de teléfono para nuestros Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de esta publicación.)
  + [*Plans with visitor/traveler benefits, insert:* Consulte el Capítulo 4, Sección 2.3 para información acerca de cómo recibir cuidados médicos si se encuentra fuera de nuestra área de servicio a través del beneficio de visitante/viajero de nuestro plan.]
  + [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert:* Si usted ha sido miembro de nuestro plan sin interrupción desde antes de enero de 1999 *y* usted estaba residiendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero de 1999, usted puede seguir siendo miembro. Sin embargo, si usted se muda o su mudanza es a una área fuera de nuestra área de servicio, usted será dado de baja de nuestro plan.]
* Si usted es encarcelado (es enviado a la cárcel).
* Si no es ciudadano de EE. UU. o no está presente legalmente en Estados Unidos
* *[Omit if not applicable]* Si usted intencionalmente nos facilitó información incorrecta cuando se inscribió en nuestro plan, y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos darle de baja de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso previo de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted se comporta continuamente de manera disruptiva y nos dificulta el facilitar cuidados médicos a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos darle de baja de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso previo de Medicare.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener cuidados médicos. (No podemos darle de baja de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso previo de Medicare.)
  + Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare deberá hacer investigar su caso por el Inspector General.
* *[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 usted no paga las primas del plan por un plazo de *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]*.
  + Deberemos notificarle por escrito que usted tiene un plazo de *[insert length of grace period, which cannot be less than two calendar months]* para pagar las primas del plan antes de terminar su membresía.

##### ¿Dónde puede usted obtener más información?

Si usted tiene preguntas o desea más información acerca de en qué casos podríamos terminar su membresía:

* Usted puede **llamar a nuestros Servicios para Miembros** para más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de esta publicación).

#### Sección 5.2 No podemos solicitar que usted deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud

*[Insert 2017 plan name]* no está autorizado a solicitar que usted deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud.

##### ¿Qué debería usted hacer si esto ocurre?

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud, usted debería comunicarse con Medicarellamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar 24 horas al día, 7 días a la semana.

#### Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, deberemos indicarle nuestros motivos por escrito. También deberemos explicarle cómo usted puede presentar una reclamación o queja acerca de nuestra decisión de terminar su membresía. Usted también puede consultar el Capítulo 7, Sección 9 para información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

## Capítulo 9. Avisos Legales

SECCIÓN 1 Aviso acerca de la ley aplicable 154

SECCIÓN 2 Aviso acerca de no-discriminación 154

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 154

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

### SECCIÓN 1 Aviso acerca de la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y ciertas disposiciones adicionales tal vez apliquen al ser requeridas por la ley. Esto tal vez afecte a sus derechos y responsabilidades aún cuando las leyes no estén incluidas o detalladas en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Adicionalmente, otras leyes federales tal vez apliquen así como, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en que resida.

### SECCIÓN 2 Aviso acerca de no-discriminación

No discriminamos en base a la raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnicidad, creencias, edad, o nacionalidad de una persona. Todas las organizaciones que ofrecen Planes de Medicare Advantage, tales como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley contra la discriminación por edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con discapacidades, y otras leyes que apliquen a las organizaciones que reciban financiación federal, y cualquier otra ley y regulación que aplique por cualquier otra razón.

### SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos bajo Medicare y para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las regulaciones de CMS detalladas en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *[insert 2017 plan name]*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerza el Secretario bajo las regulaciones de CMS detalladas en las subpartes B hasta D de la Parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección subrogan a cualquier ley estatal.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.]*

CAPÍTULO 10

Definiciones de términos importantes

## Capítulo 10. Definiciones de términos importantes

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing “nuestros Servicios para Miembros” 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 Capítulo 10 with a reference from the section where you use it: IPA, network, PHO, plan medical group, Point of Service.]*

**Centro de cirugía ambulatoria** – Un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieran hospitalización y cuya estadía en el centro no exceda 24 horas.

**Periodo de inscripción anual –** Un periodo establecido cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos recetados o cambiar a Medicare Original. El Periodo de inscripción anual transcurre del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**Apelación** – Una apelación es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de cuidados médicos o medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos recetados que usted ya ha recibido. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de terminar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para hacer una apelación.

**Factura del balance –** Cuando un proveedor (como por ejemplo un médico o un hospital) factura al paciente un costo compartido superior al que permite el plan. Como miembro de *[insert 2017 plan name]*, usted sólo tendrá que pagar el costo compartido establecido por el plan cuando obtenga servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a “facturarle el balance” ni a cobrarle más que su costo compartido establecido por el plan.

**Periodo de beneficio** – *[Modify definition as needed if plan uses benefit periods for SNF stays but not for inpatient hospital stays.]* La manera en que [*insert if applicable:* nuestro plan y] Medicare Original mide su utilización de los servicios hospitalarios y servicios de Centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). *[Plans that offer a more generous benefit period, revise the following sentences to reflect the plan’s benefit period.]* Un periodo de beneficio empieza el día en que usted ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficio termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado de hospitalización como paciente interno (o en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si usted es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada después de haber terminado un periodo, un nuevo periodo de beneficio empieza. [*Insert if applicable:* Usted deberá pagar el deducible para cada periodo de beneficio de hospitalización como paciente interno.] No existe límite para el número de periodos de beneficio.

**Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés)** – La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

**Coseguro** – El monto que tal vez usted tenga que pagar como porción de sus gastos compartidos por los servicios [*insert if applicable:* después de haber satisfecho cualquier deducible]. El coseguro es usualmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

**Monto combinado máximo de su bolsillo** – Este es el monto máximo que usted pagará al año por todos los servicios [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no-preferidos). [*Plans with service category MOOPs insert:* Además del monto máximo de su bolsillo para servicios médicos cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], también existe un monto máximo de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.] Consulte el Capítulo 4, Sección 1. *[insert subsection number]* para información acerca de el monto máximo combinado de su bolsillo.

**Queja** – El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar una querella”. La queja es el proceso usado *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempo de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también “Querella” en esta lista de definiciones.

**Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, en inglés)** – Un centro que mayormente facilita servicios de rehabilitación después de una enfermedad o herida, y facilita una variedad de servicios incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Copago** – El monto que tal vez usted tenga que pagar como porción de sus gastos compartidos de los costos por servicios y suministros médicos, tales como visitas médicas, visitas hospitalarias ambulatorias, o una receta médica. Un copago es usualmente un monto fijo, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, tal vez pague $10 ó $20 por una visita médica o una receta médica.

**Costos compartidos** – Los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. [*Insert if plan has a premium:* (Esos montos son adicionales a la prima mensual del plan.)] Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier deducible que el plan pueda imponer antes de pagar por los servicios; (2) cualquier “copago” fijo que el plan requiera sea pagado al recibir un servicio específico; o (3) cualquier “coseguro”, o sea, un porcentaje del monto total que usted paga por servicio, requerido por el plan al recibir un servicio específico.

**Servicios cubiertos** – Término genérico que utilizamos en este EOC, y que significa todos los servicios de cuidados y suministros médicos cubiertos por el plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados** – Cobertura de medicamentos recetados (tal como la ofrecida por un empleador o sindicato) que se supone pague, como media, al menos tanto como la cobertura Medicare de medicamentos recetados estándar. Las personas que tengan este tipo de cobertura cuando son originalmente elegibles para Medicare, pueden generalmente mantener esta cobertura sin tener que pagar una penalidad si deciden más adelante inscribirse bajo la cobertura Medicare de medicamentos recetados.

**Cuidados de custodia** – Los cuidados de custodia son cuidados personales facilitados en una residencia de ancianos, hospicio, u otro centro cuando no necesita cuidados médicos especializados o de enfermería especializada. Los cuidados de custodia son cuidados personales que pueden ser facilitados por personas que no tienen una capacitación o conocimientos profesionales, para asistir con actividades diarias tales como asearse, vestirse, comer, tumbarse y levantarse de la cama, sentarse o incorporarse, caminar, y utilizar el baño. También pueden incluir los tipos de cuidados de la salud realizados por uno mismo, tales como administrarse gotas en los ojos. Medicare no paga por los cuidados de custodia.

**Deducible** – El monto que usted debe pagar por cuidados médicos antes de que su plan empiece a pagar.

**Cancelación** o **Baja** – Terminación de su membresía en nuestro plan. La cancelación puede ser voluntaria (por su propia voluntad) o involuntaria (no por su propia voluntad).

**Equipo médico duradero** – Cierto equipo médico ordenado por su proveedor por razones médicas. Algunos ejemplos so andadores, sillas de ruedas, o camas de hospital.

**Emergencia** – Una emergenciamédica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideren que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor severo o una afección médica que empeora rápidamente.

**Cuidados de emergencia** – Servicios cubiertos que son: 1) administrados por un proveedor calificado para facilitar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar, o estabilizar una emergencia médica.

**Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) y Divulgación de información** – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas, u otra cobertura opcional seleccionada,explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos, y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Ayuda adicional** – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa Medicare de medicamentos recetados, tales como primas, deducibles, y coseguro.

**Querella**  – Un tipo de queja que usted presentar acerca de nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de sus cuidados. Este tipo de queja no concierne reclamos en cuanto a cobertura o pagos.

**Servicios de ayuda en el hogar** – Un asistente de cuidados en el hogar facilita servicios que no necesitan los conocimientos de una enfermera o terapeuta certificados, tales como ayuda con los cuidados personales (por ejemplo, aseo, utilizar el baño, vestirse, o llevar a cabo los ejercicios prescritos). Los asistentes de cuidados en el hogar no son enfermeras licenciadas ni facilitan terapia.

**Hospicio** – Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida, tiene derecho a elegir servicios de hospicio. Nosotros, su plan, deberemos facilitarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si usted elige obtener servicios de hospicio y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Usted aún podrá obtener todos los servicios necesarios por razones médicas así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El hospicio facilitará tratamiento especial para su condición.

**Hospitalización como paciente interno –** Una estadía en el hospital en el que ha sido formalmente admitido para recibir servicios médicos. Aún cuando pasara la noche en el hospital, usted aún podría ser considerado un paciente “ambulatorio.”

**Periodo de inscripción inicial –** Cuando usted es inicialmente elegible para Medicare, éste es el periodo de tiempo en que usted puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare al cumplir 65 años de edad, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años de edad, incluye el mes en que cumple los 65 años, y termina 3 meses después de ese mes.

**Monto máximo de su bolsillo dentro de la red** – El monto máximo que usted pagará por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] recibidos de los proveedores (preferidos) de la red. Después de alcanzar este límite, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año contractual. Sin embargo, usted deberá seguir pagando sus costos compartidos cuando reciba servicios de proveedores (no preferidos) fuera de la red, hasta que alcance el monto máximo combinado de su bolsillo. [*Plans with service category MOOPs insert:* Además del monto máximo de su bolsillo por servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], también existe un monto máximo de su bolsillo para ciertos tipos de servicios.] Consulte el Capítulo 4, Sección 1 *[insert subsection number]* para información acerca del monto máximo de su bolsillo dentro de la red.

**Subsidio para ingresos limitados (LIS, en inglés)** – Consulte “Ayuda adicional.”

**Medicaid (o Asistencia médica) –** Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos. Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de cuidados médicos están cubiertos si usted califica para ambos Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Necesario por razones médicas** – Servicios, suministros, o medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico, o tratamiento de su condición médica y que cumplen con los criterios aceptados de la práctica médica.

**Medicare** – El programa federal de seguro médico para las personas con 65 años de edad o más, ciertas personas con menos de 65 años y con ciertas discapacidades, y las personas con Enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original [*insert only if there is a cost plan in your service area:* un Plan de costo de Medicare,] [*insert only if there is a PACE plan in your state:* un plan PACE,] o un Plan de Medicare Advantage.

**Periodo de cancelación en Medicare Advantage** –Un periodo establecido cada año durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su membresía y cambiar a Medicare Original. El Periodo de cancelación de Medicare Advantage transcurre entre el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2017.

**Plan de Medicare Advantage (MA, en inglés)** – A veces denominado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para facilitarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, o un plan privado de pago por servicios (PFFS, en inglés), o un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA, en inglés). Cuando usted está inscrito en un Plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través de ese plan, y no son pagados bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Toda persona con la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare ofrecido en su área, excepto las personas con Enfermedad renal es fase terminal (a menos que apliquen ciertas excepciones).

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Plan de costo de Medicare** – Un plan de Costo de Medicare es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, en inglés) o un Plan médico competitivo (CMP, en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la Sección 1876(h) de la Ley.]

**Servicios cubiertos bajo Medicare –** Son los servicios cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deberán cubrir todos los servicios que sean cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan médico de Medicare** – Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para facilitar los beneficios de la Parte A y la Parte B de a las personas con Medicare inscritas en ese plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, Programas de Prueba/Piloto, y Programas integrales de cuidados para ancianos (PACE, en inglés).

**Cobertura Medicare de medicamentos recetados (Parte D de Medicare)** – Un seguro para ayudar a pagar por los medicamentos recetados, vacunas, medicamentos biológicos, y ciertos suministros recibidos como paciente ambulatorio, y que no son cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare)** – Seguro suplementario de Medicare vendidos por compañías de seguros privadas para cubrir “interrupciones” bajo Medicare Original. Las pólizas de Medigap sólo se pueden obtener si uno tiene Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap.)

**Miembro (Miembro de nuestro Plan, o “Miembro del plan”)** – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que están inscritas en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

**Servicios para Miembros** – Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de dar respuestas a sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para información acerca de cómo comunicarse con nuestros Servicios para Miembros.

**Proveedor de la red –** “Proveedor” es el término genérico que usamos para designar médicos, otros profesionales de cuidados de la salud, hospitales, y otros centros de cuidados médicos que están licenciados o certificados por Medicare y por el estado para facilitar servicios de cuidados médicos. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando [*insert if appropriate:* teniendo un contrato con nuestro plan,] aceptan nuestros pagos como pago completo, y en algunos casos aceptan coordinar, además de facilitar, los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en base al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en facilitarle los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan.”

[*Include if applicable:* **Beneficios suplementarios opcionales** – Beneficios que no están cubiertos por Medicare ni están incluidos en su conjunto de beneficios, y que pueden ser comprados pagando una prima adicional. Si usted elige tener beneficios suplementarios, tal vez tenga que pagar una prima adicional. Usted elige voluntariamente los Beneficios suplementarios opcionales si desea obtenerlos.]

**Determinación de la organización** – El plan de Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización al decidir si ciertos artículos o servicios están cubiertos o cuánto usted deberá pagar por ciertos artículos o servicios cubiertos. El proveedor o centro de la red del plan de Medicare Advantage también han tomado una decisión de la organización al facilitarle un artículo o servicio, o al referirlo a un proveedor fuera de la red para obtener un artículo o servicio. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en esta publicación. El Capítulo 7 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Medicare Original** (“Medicare Tradicional” o Medicare de “Pago por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por planes médicos privados tales como Planes de Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales, y otros proveedores de cuidados de la salud, los montos establecidos por el Congreso. Usted puede visitar cualquier médico, hospital, o proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Usted deberá pagar el deducible. Medicare paga su porción del monto aprobado por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.

**Proveedor o Centro fuera de la red** – Un proveedor o centro con el que no tenemos un contrato para coordinar o facilitar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no pertenecen a nuestro plan, no son empleados ni operados por nosotros, ni tienen contrato con nosotros para facilitarle servicios cubiertos. La utilización de proveedores o centros fuera de la red está detallada en el Capítulo 3 de esta publicación.

**Costos de su bolsillo** – Consulte la definición acerca de “costos compartidos” más arriba. La responsabilidad de un miembro de pagar su porción de los costos de los servicios recibidos también se denomina “costos de su bolsillo”.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **Plan PACE** – Un Plan PACE (Programa integral de cuidados para ancianos) combina servicios médicos, sociales, y cuidados a largo plazo (LTC, en inglés) para las personas cuya salud es delicada, para ayudar a las personas a mantenerse independientes dentro de sus comunidades (en vez de ingresadas en una residencia de ancianos) mientras sea posible, mientras reciben los cuidados de alta calidad que necesiten. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.]

**Parte C –** Consulte “Planes de Medicare Advantage (MA, en inglés).”

**Parte D** – Es el Programa Medicare de beneficio de medicamentos recetados, el cual es voluntario. (Para simplificarlo, nos referimos al programa de beneficios de medicamentos recetados como a la Parte D.)

**Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO, en inglés)** – Un Plan de Organización de proveedores preferidos es un Plan de Medicare Advantage que incluye una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan cobrando un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan sin importar que sean recibidos por proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros serán generalmente más elevados cuando los beneficios del plan sean recibidos de proveedores fuera de la red. Los planes PPO incluyen un límite anual para los costos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red, y un límite más elevado combinado de su bolsillo por servicios de proveedores (preferidos) de la red y proveedores (no preferidos) fuera de la red.

**Prima** – Un pago periódico hecho a Medicare, una compañía de seguros, o un plan médico a cambio de cobertura médica o de recetas médicas.

*[Plans that do not use PCPs omit]***[*insert as appropriate:* Médico *OR* Proveedor] de cuidados primarios (PCP, en inglés)** – Su proveedor de cuidados primarios es el médico o proveedor que usted visita primero para la mayoría de los problemas de salud. Éste se asegura que usted obtenga los cuidados que necesite para mantenerse sano. Éste también puede comunicarse con otros médicos o proveedores de cuidados de la salud acerca de sus cuidados, y referirlo a estos. En muchos planes médicos de Medicare, usted deberá visitar su médico primario antes de poder visitar otros proveedores de cuidados médicos. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para información acerca de los [*insert as appropriate:* Médicos *OR* Proveedores] de cuidados primarios.

**Autorización previa** – Una autorización obtenida antes de recibir cualquier servicio. *[Edit or delete as necessary to make the definition applicable to your plan.]* Dentro de la red de un PPO, ciertos servicios médicos de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor primario de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En un PPO, usted no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez le convenga verificar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por nuestro plan y cuál es el monto de su costo compartido. Los servicios cubiertos que requieren una autorización previa están señalados como tal en el Cuadro de beneficios detallado en el Capítulo 4. Algunos medicamentos recetados están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos recetados cubiertos que requieren una autorización previa están señalados como tal en el formulario.

**Prótesis y ortopedia** – Se trata de dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Algunos artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Organización de mejoramiento de la calidad (QIO, en inglés)** – Un grupo de médicos practicantes y otros expertos de cuidados médicos pagados por el gobierno federal para monitorear y mejorar los cuidados facilitados a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para información acerca de cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Servicios de rehabilitación** – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional.

**Área de servicio** – Área geográfica en la que un plan médico acepta miembros, si limita la membresía en base a dónde residan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted podrá utilizar, generalmente también se refiere al área donde usted podrá obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). El plan podrá cancelar su membresía si usted abandona permanentemente el área de servicio del plan.

**Cuidados en Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) –** Cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación facilitados de manera continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados en centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que únicamente pueden ser administradas por una enfermera certificada o un médico.

**Periodo de inscripción Especial –** Un periodo de tiempo establecido durante el cual los miembros pueden cambiar su plan médico o de medicamentos recetados o cambiarse a Medicare Original. Las situaciones en las cuales usted tal vez sea elegible para un Periodo de inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si ingresa en una residencia de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

**Plan para necesidades especiales –** Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que facilita cuidados médicos específicos a grupos específicos de personas, tales como las personas que tienen ambos Medicare y Medicaid, que viven en una residencia para ancianos, o que sufren ciertas condiciones médicas crónicas.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)** **–** Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas, o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios de urgencia** – Los servicios de urgencia son cuidados facilitados para tratar una condición de no-emergencia, una enfermedad médica imprevista, una herida, o una condición que requiera cuidados inmediatos. Los servicios de urgencia pueden ser facilitados por proveedores de la red, o por proveedores fuera de la red si los proveedores de la red estuvieran temporalmente no disponibles o inaccesibles.

*[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 2017 plan name]* Nuestros Servicios para Miembros**

| Método | Nuestros Servicios para Miembros – Información de contacto |
| --- | --- |
| **LLAME** | *[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.]*  Nuestros Servicios para Miembros también ofrecen servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés. |
| **LLAME POR TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.]  Las llamadas a este número [*insert if applicable:* *no*] son gratuitas. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **FAX** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **ESCRIBA** | *[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 financiado por el gobierno federal para facilitar localmente consejos gratuitos acerca del seguro médico a las personas con 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** | *[Insert phone number(s)]* |
| **LLAME POR TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* Este número requiere equipo telefónico especial y debe ser utilizado únicamente por las personas que tengan discapacidades del oído o del habla.] |
| **ESCRIBA** | *[Insert address]* |
| **SITIO WEB** | *[Insert URL]* |