



Evidencia de cobertura

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare
como miembro de EmblemHealth VIP Rx
Carveout (HMO) – Group (NYSHIP)

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

H3330_127511_C Group

 **EmblemHealth®**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Rx Carveout (HMO) Group (NYSHIP)

En este manual se proporcionan los detalles de la cobertura del cuidado de la salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidado de la salud que necesita.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, EmblemHealth VIP Rx Carveout (HMO) Group (NYSHIP), es ofrecido por HIP Health Plan of New York (HIP)/EmblemHealth. Cuando esta *Evidencia de cobertura* diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Rx Carveout (HMO) Group (NYSHIP).

HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con el número del Servicio de atención al cliente al 877-344-7364 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.

Esta información también está disponible en otros formatos, como tamaño de letra grande y braille. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente a los números que figuran más arriba.

ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-344-7364 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-344-7364 (TTY 711).

Los beneficios, las primas, el deducible y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

La farmacopea, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cualquier capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Comenzar como miembro.....4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este manual. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y la forma de mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....17

Explica cómo comunicarse con nuestro plan (EmblemHealth VIP Rx Carveout [HMO] Group [NYSHIP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud del estado para personas con bajos ingresos) y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos.....30

Explica las cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención médica cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).....47

Proporciona los detalles sobre los tipos de atención médica cubierta y *no* cubierta para usted como miembro de nuestro plan. Explica el monto que usted pagará en concepto de su participación en los costos para su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos85

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea solicitar un reintegro de la parte que nos corresponde del gasto por sus servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades91

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Informa lo que puede hacer si cree que no se respetan sus derechos.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?104**

Informa detalladamente qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica que cree que está cubierta por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que continuemos cubriendo la atención en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan150

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe terminar su membresía.

Capítulo 9. Avisos legales.....159

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes.....164

Explica términos clave utilizados en este manual.

CAPÍTULO 1

Comenzar como miembro

Capítulo 1. Comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	5
Sección 1.1	Usted está inscrito en nuestro plan, que es un plan HMO de Medicare	5
Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?	6
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	6
Sección 2.2	¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B?	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para nuestro plan.....	7
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de los EE. UU.	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?.....	7
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta	7
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía de todos los proveedores de la red del plan	8
SECCIÓN 4	Su prima mensual para nuestro plan.....	9
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de la prima de su plan?	9
Sección 4.2	Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan.....	9
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	12
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	12
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted.....	12
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	13
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	13
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	14
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	14

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en nuestro plan, que es un plan HMO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su cuidado de la salud de Medicare a través de nuestro plan, EmblemHealth VIP Rx Carveout (HMO) Group (NYSHIP).

La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Nuestro plan es un plan HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) Medicare Advantage que está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada. El plan EmblemHealth VIP Rx Carveout (HMO) Group (NYSHIP) no incluye cobertura para medicamentos de receta de la Parte D.

Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

Este manual de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener la cobertura de su atención médica de Medicare a través de nuestro plan. En este manual se explican sus derechos y responsabilidades, lo que se cubre y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los servicios y la atención médica que usted tiene disponibles como miembro de nuestro plan.

Es importante que usted sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y toda

notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones algunas veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2019. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicaid renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

Usted es elegible para acceder a la membresía de nuestro plan siempre que:

- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le brinda información sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B)
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- no tenga enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con algunas excepciones, por ejemplo, si desarrolla una ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos, o cuando era miembro de un plan Medicare Advantage diferente que finalizó.

Sección 2.2	¿Qué es Medicare Parte A y Medicare Parte B?
--------------------	---

Cuando se inscribió por primera vez para Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Por lo general, Medicare Parte A ayuda a cubrir servicios prestados por hospitales (servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [durable medical equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para nuestro plan

Aunque el Programa Medicare es un programa federal, *nuestro plan* solo está disponible para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados del Estado de Nueva York:

New York, Bronx, Queens, Kings, Richmond, Nassau, Suffolk y Westchester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los EE. UU.

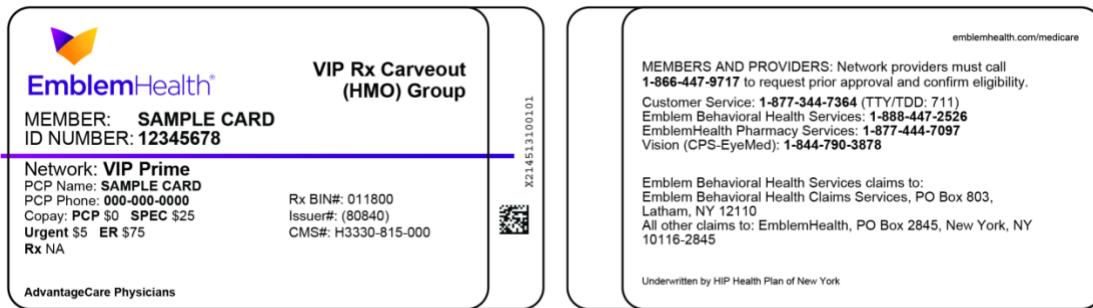
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a nuestro plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Nuestro plan debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan. También deberá presentar al proveedor su

tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Se le podría pedir que presente su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite posteriormente.

A continuación, se explica por qué esto es tan importante: si recibe servicios cubiertos con su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de nuestro plan mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o la robaron, llame al Servicio de atención al cliente inmediatamente y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 3.2

El *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* detalla nuestros proveedores de la red y proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en los costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de prestadores y proveedores está disponible en nuestro sitio web www.emblemhealth.com/medicare.

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

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que *nuestro* plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Puede solicitar al Servicio de atención al cliente más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas sus cualificaciones. Puede solicitar al Servicio de atención al cliente más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas sus cualificaciones. Además, puede consultar el Directorio de proveedores en www.emblemhealth.com/medicare o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio de atención al cliente como el sitio web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para nuestro plan

Sección 4.1	¿Cuál es el monto de la prima de su plan?
--------------------	--

Su cobertura es proporciona a través de un contrato con su actual empleador o antiguo empleador o con el sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del sindicato o del empleador o consulte la Guía de participación en los costos para obtener información sobre la prima de su plan.

Sección 4.2	Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan
--------------------	---

Hay cuatro formas de pagar la prima de su plan. Estas se enumeran a continuación. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente al número indicado en este manual para informarnos qué opción elige. Puede cambiar la opción de forma de pago de la prima en cualquier momento, comunicándose con el Servicio de atención al cliente. Puede llevarnos algunas semanas procesar su solicitud. Si no realiza una selección, se le enviará una factura mensual de la prima.

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, podrían pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague puntualmente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual aproximadamente dos semanas antes del mes en el que vence la prima. El pago de su prima mediante cheque vence el primer día de cada mes. Por ejemplo,

recibirá una factura mensual en febrero. Debemos recibir su cheque para el 1 de marzo. Los cheques deben extenderse a nombre de EmblemHealth, no CMS. Puede coordinar el envío de facturas mensuales, trimestrales o anuales.

Puede enviar su prima por correo a:

EmblemHealth-HIP
Box 9221, G.P.O.
New York, NY 10087

O puede llevar personalmente el pago de su prima a:

EmblemHealth
55 Water Street
New York, NY 10041-8190

El horario es de lunes a viernes, de 8:30 am a 5:00 pm

Opción 2: Pago por Internet

Puede pagar la prima por Internet, utilizando el sistema de pago seguro en línea de EmblemHealth. Para ello, inicie sesión en su cuenta del sitio web de EmblemHealth y seleccione “Pay My Bill” (Pagar mi factura). Será transferido a nuestro sistema de pagos del banco intermediario, donde puede hacer un pago único o pagos recurrentes utilizando las opciones de cheque electrónico, Visa, MasterCard o tarjeta de débito, según su conveniencia. El acceso en línea está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Tenga en cuenta que nuestro plan tiene prohibido ofrecer descuentos a miembros que usan el sitio web para pagar sus primas del plan.

Opción 3: Sistema telefónico automático seguro de EmblemHealth

Puede pagar la prima por teléfono a través del sistema telefónico automático seguro de EmblemHealth o el sistema interactivo de respuesta de voz de EmblemHealth (EmblemHealth Interactive Voice Response, EIVR). Comuníquese con el Servicio de atención al cliente y escuchará la indicación de verificar el saldo de su cuenta y hacer el pago. Será transferido a nuestro sistema seguro de pagos del banco intermediario y podrá usar su cuenta corriente o caja de ahorros, VISA o MasterCard para realizar el pago. No se cobran comisiones por estas transacciones. La opción de pago a través del EIVR está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Opción 4: La prima del plan se le puede descontar de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la prima del plan se le descuento de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de este modo. Nos complacerá ayudarlo a implementar esta opción. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debe pagar la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido el pago de la prima antes del día 10 del mes, le enviaremos una notificación en la que se le informará que su membresía en el plan terminará si no recibimos el pago de la prima en un plazo de 3 meses. Si debe pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la penalización para mantener su cobertura de medicamentos de receta.

Si tiene problema para pagar la prima puntualmente, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si podemos derivarlo a los programas que lo ayudarán con la prima. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Si terminamos su membresía debido a que no pagó la prima, tendrá la cobertura médica de Original Medicare.

Si terminamos su membresía en el plan debido a que no pagó la prima del plan, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos de receta independiente o en un plan de salud que también ofrece cobertura de medicamentos. (Si está más de 63 días sin cobertura de medicamentos “acreditable”, es posible que tenga que pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Cuando finalicemos su membresía, es posible que aún nos adeude las primas que no pagó. Tenemos el derecho de exigir el pago de las primas adeudadas. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan ofrecido por nosotros), tendrá que pagar el monto que debe para poder inscribirse. Si piensa que hemos terminado su membresía por error, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este manual se le informa cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar las primas en el plazo de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión comunicándose al 1-877-344-7364, los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que contamos con información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluido su domicilio y número de teléfono. Indica su cobertura específica del plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos estos cambios:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura del seguro de salud que tenga (tales como de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda por responsabilidad legal, tales como demandas por un accidente automovilístico
- Si ingresó en una residencia de ancianos

- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otros seguros, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 6 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Sección 7.1

¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado el “pagador secundario”, solo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para la cobertura de plan de salud grupal de un sindicato o un empleador:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a ser elegible para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan una vez que Medicare, los planes de salud grupal del empleador y/o Medigap hayan pagado.

Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame al

Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros (una vez que haya confirmado la identidad de estos), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de nuestro plan (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan).....	18
	Cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan	18
	Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica	19
	Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica	20
	Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica .	21
	Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido.....	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	22
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia con seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4	Organización de mejora de la calidad (Medicare le paga a esta organización para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare).....	24
SECCIÓN 5	Seguro Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal conjunto que brinda ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	26
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	27
SECCIÓN 8	¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?.....	28

SECCIÓN 1

Contactos de nuestro plan

(cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de atención al cliente de *nuestro plan*. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
FAX	1-212-510-5373
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service 55 Water Street New York, NY 10041-8190
SITIO WEB	www.emblemhealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una “decisión de cobertura” es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
FAX	1-866-215-2928
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Utilization Management 55 Water Street New York, NY 10041
SITIO WEB	www.emblemhealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica

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

Método	Apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am. a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Para apelaciones de expedición urgente: 1-888-447-6855
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Para apelaciones de expedición urgente: 711
FAX	1-212-510-5320 Para apelaciones de expedición urgente: 1-866-350-2168
CORREO	EmblemHealth Grievance and Appeal Department P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
SITIO WEB	www.emblemhealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de nuestros proveedores de la red, incluidas quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura. (Si su problema es por la cobertura o el pago de su plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am. a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 am. a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
FAX	1-212-510-5320 Para apelaciones de expedición urgente: 1-866-350-2168
CORREO	EmblemHealth Grievance and Appeal Department P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago de Medicare: información de contacto
CORREO	EmblemHealth Claims P.O. Box 2845 New York, NY 10116-2845
SITIO WEB	www.emblemhealth.com/medicare

SECCIÓN 2

Medicare

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

Medicare es el programa federal del seguro de salud destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAMADAS	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p><u>https://www.medicare.gov</u></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que sus gastos de bolsillo pueden ser en diferentes planes Medicare.
SITIO WEB (CONTINUACIÓN)	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre <i>nuestro plan</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja acerca de <i>nuestro plan</i> directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en <u>https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su centro para personas de la tercera edad o la biblioteca local pueden ayudarle a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).</p>

**SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros de salud
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)**

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en el Programa Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas del Programa Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Método	Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) (el SHIP de Nueva York)
LLAMADAS	1-800-701-0501
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York)
CORREO	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/

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

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el Estado de Nueva York, la Organización de mejora de la calidad recibe el nombre de Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud remunerados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.
-

Método	LIVANTA (la Organización de Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York): información de contacto
LLAMADAS	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289
FAX	1-855-236-2423 (para apelaciones) 1-844-420-6671 (para todas las demás revisiones)
CORREO	Livanta BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://www.Livanta.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para acceder a Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante llamar al Seguro Social para avisar.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 am a 7:00 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 am a 7:00 pm.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6

Medicaid

(un programa conjunto del gobierno federal y estatal conjunto que brinda ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los gastos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para acceder a Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [QMB+]).
- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- Persona discapacitada calificada con actividad laboral (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York (programa Medicaid de Nueva York): información de contacto
LLAMADAS	1-800-541-2831
TTY	711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York)
CORREO	New York State Department of Health Corning Tower Empire State Plaza, Albany, NY 12237
SITIO WEB	http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe si se muda o cambia su domicilio postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 9:00 am a 3:30 pm. Si tiene un teléfono por tonos, los servicios automáticos y la información grabada están disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios de salud de jubilado o los del plan de su empleador (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual). También puede llamar a 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

*Uso de la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	32
Sección 1.2	Reglas básicas para recibir su atención médica cubierta por el plan.....	32
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para recibir sus servicios de cuidado de la salud	34
Sección 2.1	Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) para que le brinde atención y supervise su atención médica.....	34
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?	35
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red	35
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante una catástrofe	37
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	37
Sección 3.2	Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios	38
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante una catástrofe	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	39
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	39
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total	40
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	40
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	40
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.	41
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de cuidado de la salud no médica”.....	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidado de la salud no médica?.....	43

Sección 6.2	¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidado de la salud no médica está cubierta por nuestro plan?	43
SECCIÓN 7	Reglas para la adquisición del equipo médico duradero.....	44
Sección 7.1	¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?	44

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para utilizar el plan a fin de recibir cobertura por su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos, servicios y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto debe pagar cuando obtiene esta atención, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Las siguientes son algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtiene la atención médica y los servicios que están cubiertos en su caso como miembro de nuestro plan:

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes el estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye los hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Los “proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de participación en los costos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Es posible que los proveedores de nuestra red nos facturen directamente la atención que le proporcionan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solamente paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de la salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2	Reglas básicas para recibir su atención médica cubierta por el plan
--------------------	--

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Nuestro plan generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención médica que reciba esté incluida en el cuadro de beneficios médicos del plan** (el cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención que reciba se considere médica mente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios

para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.

- **Usted tiene un médico de atención primaria de la red (Primary Care Provider, PCP) que le está proporcionando atención y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted use otros proveedores en la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se denomina “derivación”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios. También existen otros tipos de atención que usted recibe sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención médica de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, le presentamos tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica por la que Medicare le exige cobertura a nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle esta atención, usted puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización previa del plan antes de procurar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para recibir sus servicios de cuidado de la salud

Sección 2.1	Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) para que le brinde atención y supervise su atención médica
--------------------	--

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

Al inscribirse como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico de atención primaria o PCP. El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP se encuentran en su tarjeta de identificación del miembro. Su PCP puede ser un médico de medicina familiar o medicina interna, un enfermero profesional, un médico geriátrico u otro profesional del cuidado de la salud que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para ofrecerle atención médica básica. En general, usted recibirá la mayoría de la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan y lo derivará para que consulte a otros proveedores; por ejemplo, especialistas. Los servicios que su PCP coordinará para usted incluyen, entre otros:

- Radiografías y análisis de laboratorio
- Terapias y visitas a especialistas

En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan para otros servicios. En el Capítulo 4 se incluye más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Llame a su PCP para coordinar una cita. Cuando cambie de PCP, pídale a sus médicos que envíen sus registros médicos a su nuevo PCP. Ayudará a su PCP a comprender sus antecedentes médicos y a coordinar mejor su atención.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir a su PCP utilizando nuestro Directorio de proveedores o con la ayuda del Servicio de atención al cliente. También puede obtener la lista más actualizada visitando nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP. Su nuevo PCP estará vigente el día que haga el cambio.

Puede cambiar su PCP en línea, en www.emblemhealth.com/medicare o llamando al Servicio de atención al cliente. Asegúrese de informar al Servicio de atención al cliente si consulta a especialistas que requieren la aprobación de su PCP. Ellos se asegurarán de que pueda continuar con la atención de la especialidad y otros servicios que estaba recibiendo cuando cambie de PCP.

Sección 2.2

¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?

Puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin obtener una aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando reciba estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la pulmonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios urgentemente necesarios brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente (p. ej., cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, antes de ausentarse del área de servicio, llame al Servicio de atención al cliente de modo que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Todos los servicios preventivos, como la visita de bienestar anual, los exámenes de detección de cáncer de mama, los exámenes de detección de cáncer colorrectal y muchos otros. Verá esta manzana  junto a los servicios preventivos indicados en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual. Estos servicios no requieren una derivación ni autorización previa.

Sección 2.3

Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidado de la salud para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Atención oncológica para pacientes con cáncer.
- Atención cardiológica para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de ortopedia para pacientes con determinadas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.

Su PCP hará una derivación para que usted vea a especialistas y otros proveedores. El lugar donde su proveedor obtiene una derivación o autorización previa depende del tipo de servicio. Consulte la tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información. Los servicios detallados en la tabla de beneficios indican si se requiere una aprobación previa y quién se la puede proveer. Su proveedor puede comunicarse con nuestro plan para obtener la autorización. Si es miembro de un grupo médico, en general lo derivarán a un especialista que también pertenezca a ese grupo médico, pero no está limitado a atenderse con ese especialista.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

Podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista realmente deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible de buena fe por avisarle con 30 días de anticipación, como mínimo, que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo, quien seguirá administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médica mente necesario que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su atención.

Si necesita asistencia o tiene preguntas acerca de la consulta a un especialista, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 2.4

Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Generalmente, debe recibir todos sus servicios cubiertos de proveedores dentro de la red. En algunos casos, puede recibir servicios de proveedores fuera de la red, sin la aprobación previa del plan. Por ejemplo, puede recibir atención de emergencia y atención urgente y diálisis fuera del área de proveedores fuera de la red. Si recibe atención de rutina de proveedores fuera de la red

sin aprobación previa, será responsable de los costos. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente al número indicado en su manual para encontrar un proveedor cerca. Si necesita atención de un especialista y no tiene un proveedor de la red disponible, infórmenos y solicite una autorización llamando al 1-877-344-7364 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Si necesita una ambulancia, llámela. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o derivación de su PCP.
- **Asegúrese de que se informe la emergencia a su plan lo antes posible.** Nosotros debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informar la atención de emergencia, en general, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-877-344-7364, de 8:00 am a 8:00 pm, o al 711 para TTY, los 7 días de la semana.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Nuestro plan ofrece cobertura para atención médica de emergencia en cualquier parte del mundo. Para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén proporcionando la atención de emergencia para ayudar a manejar su atención y realizar un seguimiento de su

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

Una vez terminada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. La atención de seguimiento que reciba está cubierta por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como la afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría buscar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro) y el médico puede decir que no era una emergencia médica a fin de cuentas. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el médico haya informado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- *O bien*, la atención médica adicional que usted recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención urgente (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2, a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los “servicios urgentemente necesarios”?

Los “servicios urgentemente necesarios” se refieren a una afección, lesión o enfermedad médica imprevista que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios urgentemente necesarios pueden ser brindados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red en casos en que los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, una exacerbación de una afección ya conocida.

¿Qué sucede si usted se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Siempre debe intentar obtener servicios urgentemente necesarios de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente y no es razonable que espere hasta obtener atención de su proveedor de la red cuando esté

disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Usted podría tener una lesión o enfermedad que no es una emergencia, pero que aun así requiere de atención inmediata. Para encontrar un centro de atención urgente de la red cercano a su domicilio, visite nuestro sitio web: www.emblemhealth.com. Durante los feriados, los horarios de funcionamiento de los centros de atención urgente están sujetos a cambios. Llame al centro de atención urgente más cercano a su domicilio para confirmar sus horarios. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para recibir asistencia (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

¿Qué sucede si usted se encuentra fuerza del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted se encuentra fuera del área de servicio y no puede obtener atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan ofrece cobertura para atención urgentemente necesaria en cualquier parte del mundo.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a recibir atención de su plan.

Ingresé en la siguiente página: www.emblemhealth.com/Our-Plans/Medicare/Contact-us para acceder a información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red de acuerdo con la participación en los costos dentro de la red.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

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

Sección 4.2

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos médicaamente necesarios, que se incluyan en el cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtengan de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos un servicio o atención médica que esté considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirla. También tiene derecho a consultarnos esto por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 7 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que obtenga una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que usted paga después de que haya agotado su beneficio no computan para el monto máximo de bolsillo. Puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que obtenga una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que usted paga después de que haya agotado su beneficio no computan para el monto máximo de bolsillo. Puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5

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

Sección 5.1

¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos solicitan a voluntarios que los ayuden en el estudio para probar nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una de las personas que trabaje para el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con esos requisitos y comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no es necesario que obtenga permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para informar que usted participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre lo que

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

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

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si este forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

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

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos: supongamos que usted se realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos para este análisis es de \$20 conforme a Original Medicare, pero sería \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que usted pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted necesitará presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, necesitará enviarnos una copia de su Estado de cuenta de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, aun cuando usted *no* participe en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan en su cuidado de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (computed tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica generalmente requeriría una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la inscripción en un estudio de investigación clínica consultando la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6

Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de cuidado de la salud no médica”

Sección 6.1

¿Qué es una institución religiosa de cuidado de la salud no médica?

Una institución religiosa de cuidado de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. En cambio, si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de los miembros, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidado de la salud no médica. Usted puede elegir solicitar atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de cuidado de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de cuidado de la salud no médicas.

Sección 6.2

¿Qué atención brindada por una institución religiosa de cuidado de la salud no médica está cubierta por nuestro plan?

Para obtener atención por parte de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone a conciencia a obtener tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” son cualquier atención o tratamiento médicos que sean *voluntarios* y *no exigidos* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es atención o tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o que *es exigido* por la ley local, estatal o federal.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe padecer una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes ingresados o atención del centro de enfermería especializada.

- *Y tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.*

Consulte la descripción de su beneficio para pacientes hospitalizados en el cuadro de beneficios que se encuentra en el Capítulo 4 de este manual.

La cantidad de días cubiertos por el plan para cada período de beneficios es ilimitada.

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1

¿Podrá adquirir el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como los protésicos, son siempre de propiedad del miembro. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, usted generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras es miembro de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) para obtener más información sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que necesita presentar.

¿Qué sucede con los pagos realizados para el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder adquirirlo. Sus pagos anteriores mientras estuvo en nuestro plan no computan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos para el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco computan para los 13 pagos consecutivos. Deberá

realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poder adquirir el artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos
(qué está cubierto y
qué debe pagar)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)		
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos	48
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos	48
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	48
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen el saldo”	49
SECCIÓN 2	Use el Cuadro de beneficios médicos para determinar lo que está cubierto en su caso y cuánto pagará.....	50
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	81
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	81

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en ciertos servicios.

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- El “**coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 contiene más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de presentar prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están solicitando que haga un pago indebido, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?
--------------------	---

Debido a que usted se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte el cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina el monto máximo de bolsillo para los servicios médicos.

Como miembro de *nuestro plan*, lo máximo que deberá pagar como gasto de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2019. Los montos que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red computan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y sus medicamentos de receta de la Parte D no computan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no computan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en el cuadro de beneficios médicos. Si usted alcanza el importe máximo de bolsillo, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que usted u otro tercero pague la prima de la Parte B). Le enviaremos una Guía de participación en los costos por separado, que le informará cuál será su importe máximo de bolsillo para 2019. O bien, puede llamar a su administrador de beneficios para obtener esta información.

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores “facturen el saldo”

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto de participación en los costos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados, denominados “facturación del saldo”. Esta protección (usted nunca paga más del monto de participación en los costos) se aplica incluso en los casos donde pagamos al proveedor un monto menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso en caso de existir una disputa donde no pagamos determinados cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su participación en los costos es un copago (un determinado monto en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare de los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare de los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre

los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación).

- Si considera que un proveedor le ha “facturado un saldo”, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para determinar lo que está cubierto en su caso y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre nuestro plan, y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios indicados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de prácticas médicas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) que le está proporcionando atención y supervisando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle la aprobación previa antes de que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina “derivación”. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una derivación y las situaciones en las que no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en el cuadro de beneficios médicos.
- Su plan puede incluir beneficios adicionales que no aparecen en la Tabla de beneficios médicos. Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Otras cuestiones importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2019*. Consúltelo en línea, en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también lo están tratando o controlando por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida debido a la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de Original Medicare para servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y tiene una derivación de su médico, asistente del médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">* Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no son de emergencia.Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, aéreo rotativo y fijo, hacia el centro médico adecuado más cercano que pueda proporcionar atención médica solo si se proporcionan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es adecuado si se documenta 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 médica mente requerido.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses de su visita de prevención de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Prueba de densidad ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si fueran médica mente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía de detección temprana entre los 35 y 39 años• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años• Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
Servicios de rehabilitación cardíaca * Se requiere autorización previa. Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
 Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria a fin de reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar con usted el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para garantizar que se alimente bien.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses• Si presenta alto riesgo de contraer cáncer de cuello uterino o vaginal o ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>* Se requiere autorización previa de Palladian (1-877-774-7693).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubren los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como una alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de detección de sangre en materia fecal a base de guayacol (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) <p>Detección colorrectal basada en ADN cada 3 años.</p> <p>En el caso de las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como una alternativa) cada 24 meses <p>En el caso de las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La detección debe efectuarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Dichas pruebas también están cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso e historia familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que usted sea elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas para prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, además de soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores• Para personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas para tales zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad agregada y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas para tales zapatos). La cobertura incluye adaptación.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas para prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, además de soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores• Para personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas para tales zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad agregada y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas para tales zapatos). La cobertura incluye adaptación.• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias que solicite un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubriremos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si es posible hacer un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.emblemhealth.com/medicare.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia.• Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>* La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo tal como se describe anteriormente e incluye el traslado de emergencia.</p> <p>* La cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo incluye traslado terrestre de emergencia al hospital más cercano, si se encuentra fuera de los Estados Unidos, con el propósito de estabilizar una afección médica de urgencia.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente ingresado después de que se establece su afección de emergencia, debe recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none">• Educación sobre salud: se ofrece capacitación a fin de mejorar los resultados para aquellos miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como también depresión e hipertensión como afecciones concomitantes. Dicho servicio se brinda a grupos específicos de inscritos, según sus enfermedades específicas. Incluye la interacción con un educador certificado sobre temas de salud u otro profesional de atención médica calificado. Se proporciona instrucción personalizada y/u orientación telefónica.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Línea directa de enfermería: servicio las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden hablar de manera confidencial y personalizada con un integrante matriculado del personal de enfermería, en cualquier momento. Los integrantes del personal de enfermería están capacitados para brindar orientación telefónica y apoyo clínico respecto de preguntas y cuestiones cotidianas de salud. El número telefónico es 1-877-444-7988.	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico estarán cubiertas como cuidado del paciente ambulatorio si las lleva a cabo un médico, un especialista del oído u otro proveedor calificado.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que soliciten un examen de detección de VIH o tengan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de la agencia de salud en el hogar</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio (para recibir la cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio combinados no deben superar, en total, 8 horas por día y 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales <p>Equipos médicos y suministros</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de atención para enfermos terminales si su médico y el director médico de la institución donde se brindan estos servicios le dan un diagnóstico terminal, que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos, si su enfermedad sigue su progresión normal. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor• Cuidado a corto plazo para enfermos terminales• Cuidados en el hogar <p><u>Para los servicios de atención para enfermos terminales y para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de cuidado para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de atención para enfermos terminales, el proveedor de tales servicios le facturará a Original Medicare los servicios que cubre Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, pero no relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B pero que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su gasto por dichos servicios dependerá de si usted consulta a un proveedor dentro la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solamente pagará el monto de participación en los costos del plan por los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted pagará la participación en los costos según el cargo por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para servicios cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</u> Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios que cubre el plan pero que no tienen cobertura de la Parte A o Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted pagará el monto de participación en los costos del plan por esos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea para enfermos terminales (atención no relacionada con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre atención para enfermos terminales (por única vez) para personas con enfermedad terminal que no hayan optado por el beneficio de atención para</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de nuestro plan.</p> <p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
enfermos terminales.	
 Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la pulmonía• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada gripal de otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias según el criterio médico• Vacuna contra la hepatitis B, si existe un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Otras vacunas, si cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B, y su salud está en riesgo	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
Atención hospitalaria para pacientes ingresados Incluye cuidados intensivos de pacientes ingresados, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes ingresados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente ingresado. * Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria dentro de la red que no sea de emergencia. Excepto en caso de emergencia, el médico debe informarle al plan que usted será trasladado e ingresado en el hospital. La cantidad de días cubiertos por el plan es ilimitada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicaamente)• Comidas, incluidas las dietas especiales• Servicios de enfermería habituales• Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios)• Fármacos y medicamentos• Pruebas de laboratorio• Radiografías y otros servicios de radiología• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Gastos de la sala de operación y recuperación	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos. Un período de beneficios comienza cuando usted es hospitalizado y termina cuando recibe el alta médica. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje <p>Servicios contra el abuso de sustancias para pacientes ingresados</p>	
Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del lugar habitual de atención en su comunidad, usted puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige realizar el trasplante en ese lugar más alejado, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante.• Sangre, incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta utilizada.• Servicios médicos	Si recibe: atención autorizada como paciente ingresado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.

Nota: Para ser un paciente ingresado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para admitirlo formalmente como paciente ingresado del hospital. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ingresado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.

También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Usted es un paciente ingresado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!” Esta hoja de datos está disponible en la web <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ingresados</p> <p>* Se requiere autorización previa a través de los Servicios de Salud Conductual de Emblem (1-888-447-2526). Excepto en caso de emergencia, el médico debe informar al plan que usted ingresará en el hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p> <p>Un período de beneficios comienza cuando usted es hospitalizado y termina cuando recibe el alta médica.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estancia como pacientes ingresados: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia como paciente ingresado sin cobertura</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente ingresado o si la estancia como paciente ingresado no resulta razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia como paciente ingresado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentra en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)• Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos• Vendajes quirúrgicos• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones• Aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o la función total o parcial de un órgano corporal interno con disfunción permanente, lo que incluye también el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes para hernia; extremidades y ojos artificiales; lo que incluye también los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio está destinado a personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero sin diálisis) o para aquellos en la etapa posterior a un trasplante de riñón, si así lo ordena el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año en que usted recibe servicios de tratamiento médico de nutrición de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es probable que pueda recibir más horas de tratamiento, con la orden de un médico. Un médico deberá recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si usted sigue necesitando tratamiento para el próximo año calendario.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para lograr un cambio de conducta con respecto a la salud que brinda capacitación práctica sobre cambios a largo plazo, en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar los desafíos que implica mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos de receta de Medicare Parte B</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>* Puede que los medicamentos de la Parte B estén sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado.</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre esos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para esos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y se inyectan o infunden mientras la persona recibe servicios médicos u hospitalarios como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio• Medicamentos que el paciente recibe a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) y fueron autorizados por el plan• Factores de coagulación que se autoadministran por vía inyectable si el paciente tiene hemofilia• Medicamentos inmunosupresores, si el paciente estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si el paciente no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el fármaco• Antígenos• Determinados medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas• Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria, entre ellos heparina, el antídoto contra la heparina si es necesario médicaamente, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como EpoGen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa)• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso en forma sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Dicha orientación estará cubierta si se recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte a su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos</p> <p>*Se requiere autorización previa para todos los servicios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones• Análisis de laboratorio• Sangre, incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta utilizada. <p>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (que incluyen, entre otras, ECG, TEP, RM, ARM, TC, imágenes de medicina nuclear, diagnóstico molecular y pruebas genéticas).</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>* Se requiere autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se obtienen en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria• Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital• Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente ingresado sin dicha atención• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital• Suministros médicos, como férulas y yesos• Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Usted es un paciente ingresado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!” Esta hoja de datos está disponible en la web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</p> <p>* Autorización previa a través de los Servicios de Salud Conductual de Emblem (1-888-447-2526)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un médico o psiquiatra con matrícula estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero profesional, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Servicios en relación con el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>* Autorización previa a través de los Servicios de Salud Conductual de Emblem (1-888-447-2526)</p> <p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios para diagnóstico, tratamiento y orientación relacionados con el abuso de sustancias.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>En el caso de los procedimientos quirúrgicos, su proveedor está autorizado a facturarle un copago aparte por sus servicios profesionales.</p> <p>Nota: Si usted se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si a usted se lo considerará un paciente ingresado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de participación en los costos por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>*Autorización previa a través de los Servicios de Salud Conductual de Emblem (1-888-447-2526)</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la hospitalización de paciente ingresado.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios quirúrgicos o atención médica necesarios desde el punto de vista médico, proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o en cualquier otro lugar.• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de una fractura de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes como preparación de la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico)	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p> <p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón en el talón)• Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Los servicios complementarios cubiertos incluyen:</p> <p>El beneficio de podología de rutina incluye la eliminación de callos y corte de uñas. Se limita a cuatro visitas por año.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de chequeo de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen digital del recto• Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una parte del cuerpo o una función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de aparatos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener información detallada.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave; es necesaria una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección y orientación para disminuir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que toman alcohol en exceso, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si la detección confirma que hay abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de orientación personal por año (si es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico o proveedor médico de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p> Examen de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis de radiación (LDCT)</p> <p>Las personas elegibles tienen cobertura de una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen historia de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año y actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Reciben una orden por escrito para LDCT durante una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón, la cual cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea proporcionada por un médico o un proveedor no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquiera de las visitas correspondientes con un médico o un proveedor no médico calificado. Si un médico o un proveedor no médico calificado opta por ofrecer una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón para los siguientes exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y orientación para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), a saber, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes tienen cobertura para mujeres embarazadas y determinadas personas con mayor riesgo de contraer una ETS, si los solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos dichos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones particulares personalizadas de orientación conductual intensiva de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos dichas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como por ejemplo un consultorio médico.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, si son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal durante la vida del paciente• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis que se encuentren temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3)• Tratamientos de diálisis para pacientes ingresados (si es considerado como paciente ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales)• Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y aquella persona que lo ayude con su tratamiento de diálisis domiciliaria)• Equipos y suministros para diálisis domiciliaria• Determinados servicios de apoyo a domicilio (tales como, según sea necesario, visitas del personal de diálisis capacitado para controlar su diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de urgencia y verificar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos de receta de Medicare Parte B”.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p> <p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>*Se requiere autorización previa para internación electiva</p> <p>(Para obtener una definición de “atención del centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>La cobertura está limitada a los primeros 100 días de una estancia en un centro de enfermería especializada por período de beneficios definido por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicalemente)• Comidas, incluidas las dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea).• Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre usada.• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF• Análisis de laboratorio efectuados habitualmente por los SNF• Radiografías y otros servicios de radiología brindados habitualmente por los SNF• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, suministrados habitualmente por los SNF• Servicios de médicos/proveedores médicos <p>Por lo general, recibirá atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, en circunstancias específicas que se detallan a continuación, usted podría pagar la participación en los costos dentro de la red en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un centro de residencia para ancianos o un centro comunitario de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde la atención del centro de enfermería especializada) <p>Un SNF donde vive su cónyuge cuando usted recibe el alta del hospital.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted es considerado como un paciente ingresado en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria ni atención especializada como paciente ingresado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si lo vuelven a internar en un hospital o un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Abandono del tabaquismo (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaquismo:</u> cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo o está tomando medicamentos cuyo efecto puede verse afectado por el tabaquismo:</u> cubrimos servicios de orientación para que abandone el tabaquismo. Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará su participación en los costos correspondientes. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Ejercicio terapéutico supervisado (SET)</p> <p>El ejercicio terapéutico supervisado (supervised exercise therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad de las arterias periféricas (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una orden médica para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>La cobertura abarca hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que incluyan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para EAP en pacientes con claudicación.• Ejecutarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico.• Ser llevado a cabo por personal auxiliar calificado y capacitado en terapia de ejercicios para EAP, a fin de garantizar que los beneficios superen los daños.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>La cobertura de la SET puede extenderse por más de 36 sesiones durante 12 semanas, con 36 sesiones adicionales durante un período más prolongado, si un proveedor del cuidado de la salud lo considera necesario médicaamente.</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata. Los servicios urgentemente necesarios pueden ser brindados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red en casos en que los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.</p> <p>La participación en los costos para los servicios urgentemente necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>Los servicios complementarios cubiertos incluyen:</p> <p>* cobertura en todo el mundo</p>	Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos destinados a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para el uso de anteojos/lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: aquellos con historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años.• Las personas con diabetes tienen cobertura para el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá conservar el beneficio luego de la primera cirugía ni comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión para controlar su salud, así como también capacitación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), además de derivaciones para recibir otro tipo de atención, según sea necesario.</p> <p>Importante: La visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo tiene cobertura durante los primeros 12 meses en los que usted cuenta con Medicare Parte B. Cuando reserve una cita, informe en el consultorio médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Comuníquese con su administrador de beneficios o consulte la Guía de participación en los costos para conocer los detalles de los beneficios y los montos de participación en los costos.</p>

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección se le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no brinda la cobertura para dicho servicio.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), deberá pagarlos usted. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se mencionan en la tabla a continuación, excepto en las circunstancias específicas detalladas. Única excepción: pagaremos si se determina, luego de una apelación, que un servicio de los que se incluyen en la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto dada su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este manual).

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos seguirán sin cobertura y nuestro plan no los pagará.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare	✓	
Medicamentos, procedimientos y equipos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare consideran como no aceptados habitualmente por la comunidad médica.		✓ Puede que tengan la cobertura de Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		✓ Con cobertura solo si resulta necesario médicaamente.
Artículos personales en su habitación de hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisor.	✓	
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un centro de residencia para ancianos, centro de atención para enfermos terminales u otro centro, cuando usted no requiere atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como por ejemplo, tareas simples de limpieza o la preparación simple de comidas.	✓	
Tarifas cobradas en concepto de atención por sus familiares inmediatos o integrantes de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos		✓ Con cobertura en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. Con cobertura en todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como también de la mama no afectada, para lograr una apariencia simétrica.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Atención dental que no sea de rutina.		✓ Puede que la atención dental necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones esté cubierta como cuidado del paciente ingresado o cuidado del paciente ambulatorio.
Atención quiropráctica de rutina		✓ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Cuidado de rutina de los pies		✓ Determinada cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare, p. ej., si tiene diabetes.
Comidas entregadas a domicilio	✓	
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios de naturopatía (utilizando tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado asistencial es el cuidado personalizado que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención brindada para ayudarlo con actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

*Cómo solicitar nos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios médicos
cubiertos*

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto por sus servicios cubiertos	86
Sección 1.1	Si usted paga la parte del gasto que le corresponde a nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	86
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reintegro o el pago de una factura que ha recibido	88
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	88
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos	88
Sección 3.1	Hacemos una comprobación para ver si debemos cubrir un servicio y cuánto debemos	88
Sección 3.2	Si le informamos que no le pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, usted puede presentar una apelación	89

SECCIÓN 1**Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del gasto por sus servicios cubiertos****Sección 1.1**

Si usted paga la parte del gasto que le corresponde a nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total directamente. Otras veces, es posible que descubra que ha pagado más que lo esperado en función de las reglas de cobertura de nuestro plan. En cualquiera de los casos, puede solicitarnos que le reintegremos (reintegrar a menudo se denomina “reembolsar”). El reintegro por parte de nuestro plan es su derecho siempre que haya pagado más que su parte del gasto por los servicios médicos que tienen cobertura en nuestro plan.

Es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el gasto total de la atención médica que recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor de forma directa.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que usted posiblemente necesite solicitar a nuestro plan que le reintegre o que pague la factura recibida:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgentes y necesarias de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o urgentes y necesarios de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solamente es responsable de pagar su participación del costo y no el costo total. Debe pedirle al proveedor que emita la factura al plan por nuestra participación del gasto.

- Si paga el importe total al momento de recibir atención, debe solicitarnos el reintegro de nuestra participación del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya efectuado.
- En ocasiones, es posible que reciba una factura de un proveedor en la que se le solicite el pago por algo que usted piensa que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más que su participación del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reintegraremos nuestra participación del costo.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos**2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura, no debe pagar**

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente y solamente pedirle a usted su participación del gasto. No obstante, a veces, cometan errores y le piden que pague más que su participación.

- Usted solamente debe pagar el importe de su participación del gasto cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados, denominados “facturación del saldo”. Esta protección (usted nunca paga más del monto de participación en los costos) se aplica incluso en los casos donde pagamos al proveedor un monto menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso en caso de existir una disputa donde no pagamos determinados cargos del proveedor. Para obtener más información acerca de la “facturación del saldo”, vaya al Capítulo 4, Sección 1.6.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que supera lo que usted debe pagar, envíenos la factura. Nos podremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura, junto con la documentación del pago que usted ha efectuado y solicítensnos que le reintegremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debe según el plan.

3. Si usted está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido, incluso, el año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por alguno de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, nos puede solicitar que le reintegremos nuestra parte de los gastos. Deberá presentar documentación para que realicemos el reembolso.

Llame al Servicio de atención al cliente para obtener información adicional acerca de cómo solicitar el reintegro y las fechas límite para realizar su solicitud. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).

Estos ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este manual (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*), hay información acerca de cómo efectuar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o el pago de una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Una buena idea es realizar una copia de su factura y los recibos para que los guarde.

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de todo pago que haya realizado. Una buena idea es realizar una copia de su factura y los recibos para que los guarde.

Asegúrese de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión; puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar una solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.emblemhealth.com/medicare) o llame al Servicio de atención al cliente y solicite uno. Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual.

Envíe por correo postal su solicitud de pago, junto con las facturas o los recibos, a esta dirección:

Para solicitudes de pago de atención médica:

Reclamaciones ante EmblemHealth
PO Box 2845
New York, NY 10116-2845

Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si no sabe qué debe pagar o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea obtener más información acerca de una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos

Sección 3.1 Hacemos una comprobación para ver si debemos cubrir un servicio y cuánto debemos

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

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención, le pagaremos nuestra parte del gasto. Si usted ya ha pagado por el servicio, le enviaremos su reembolso de nuestra parte del gasto. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que tiene que seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del gasto. En lugar de eso, le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esta decisión.

fSección 3.2

Si le informamos que no le pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si lo hace, nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 de este manual (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si una apelación es algo nuevo para usted, descubrirá que es útil empezar con la lectura de la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria en la que se explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y se proporcionan definiciones de términos, tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede pasar a la Sección 5.3 para aprender cómo presentar una apelación para obtener el reintegro 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.....	92
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)	92
Sección 1.2	Debemos tratarlo de manera justa y respetuosa en todo momento	93
Sección 1.3	Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus servicios cubiertos	93
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	94
Sección 1.5	Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos	95
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado	96
Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos	98
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si cree que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?.....	99
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	99
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades.....	100
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	100

SECCIÓN 1

Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1

We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Information is available for free in other languages. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact EmblemHealth Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our plan's Customer Service for additional information.

Sección 1.1

Nosotros debemos proporcionar información en una forma conveniente para usted (en idiomas aparte del inglés, en sistema Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nosotros en una forma conveniente para usted, por favor llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratis disponibles para contestar preguntas de los miembros discapacitados y no inglés. Información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Podemos también darle información en Braille, en letra grande, u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funciona para usted, por favor llame a servicio al cliente (teléfono

números están impresos en la contraportada de este folleto) o póngase en contacto con el Coordinador de derechos civiles EmblemHealth.

Si tienes cualquier problema obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor, llame a presentar una queja con el servicio al cliente (números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la oficina de derechos civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o con este envío por correo, o puede comunicarse con el Servicio al cliente de nuestro plan para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos tratarlo de manera justa y respetuosa en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación y el tratamiento injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio de una persona.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes de discriminación o tratamiento injusto, llame al Departamento de Salud y a la **Oficina de Derechos Civiles** de Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, tal como un problema para acceder en silla de ruedas, el Servicio de atención al cliente puede asistirlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en la red del plan y de recibir servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se esto explica más). Llame al Servicio de atención al cliente para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Además, tiene derecho de acudir a un especialista de salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación.

Como miembro del plan, tiene derecho a que se le dé cita y a que se le proporcionen servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios de forma oportuna de especialistas cuando necesite esa atención.

Si cree que no está recibiendo la atención médica en un plazo de tiempo razonable, en la Sección 9 del Capítulo 7 de este manual, se brinda información sobre lo que puede hacer al respecto. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7, encontrará información acerca de lo que puede hacer).

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos 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 dio cuando se inscribió en este plan, así como los registros médicos y otra información médica y de salud.
- La legislación que protege su privacidad le otorga derechos relacionados con la obtención de la información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas sin autorización no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información de salud a una persona que no le presta servicios de atención o que no paga por su atención, *primero necesitamos permiso por escrito de usted*. Usted u otra persona (a quien usted le haya dado un poder legal para tomar decisiones por usted) pueden dar permiso por escrito.
- Existen algunas excepciones que no requieren que tengamos su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados de divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro del plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información para investigación o para otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales.

Puede consultar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con otros

Tiene derecho de examinar sus registros médicos que conserva el plan y de obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por las copias. Asimismo, tiene derecho de solicitarnos que incorporemos algo o hagamos correcciones en sus registros médicos. Si nos

solicita esto, trabajaremos con su proveedor del cuidado de la salud para decidir los cambios que debemos hacer.

Tiene derecho de saber cómo se ha compartido su información de salud con otros por motivos que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 1.5 Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte. (Tal como se explica en la Sección 1.1, tiene derecho de recibir información de una forma que le sirva a usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas que no sean el inglés, en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las clasificaciones de rendimiento del plan, lo que incluye la calificación por parte de los miembros del plan y la comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos qué servicios médicos están cubiertos en su caso, las restricciones de su cobertura y qué reglas debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos.

- Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no tiene cobertura en su caso, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica tiene cobertura en su caso, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener información detallada sobre qué hacer si algo no tiene cobertura en su caso en la forma en que usted cree que debería tenerla, consulte el Capítulo 7 de este manual. Le brinda los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7, también se brinda información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
 - Si desea solicitar que nuestro plan pague nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este manual.

Sección 1.6

Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores del cuidado de la salud cuando vaya a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertos por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos de su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar los tratamientos recomendados. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. Por supuesto, si rechaza el tratamiento, acepta la responsabilidad plena de lo que le suceda a su organismo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le rechaza la cobertura para el cuidado.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor rechaza la atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 7 de este manual, se informa cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en lugar de usted** si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman “**directivas médicas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas médicas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Ejemplos de directivas médicas anticipadas son los documentos llamados “**declaración de voluntad anticipada**” y “**poder para el cuidado de la salud**”.

Si desea usar una “directiva médica anticipada” para dar sus instrucciones, a continuación, se muestra lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una directiva médica anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas médicas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para pedir los formularios (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- **Llénelo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar contar con la ayuda de un abogado para preparar el documento.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en

nombre de usted si usted no puede hacerlo. Además, puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva médica anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva médica anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva médica anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es decisión suya completar o no una directiva médica anticipada (incluido si desea o no firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva médica anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva médica anticipada y cree que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si desea presentar una queja sobre un hospital, debe llamar al 1-800-804-5447. Si desea presentar una queja sobre un médico, debe llamar al 1-800-663-6114.

Sección 1.7

Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema o una inquietud acerca de su atención o servicios cubiertos, en el Capítulo 7 de este manual se le informa qué puede hacer. Se proporcionan detalles acerca de cómo tratar todo tipo de problemas y quejas, lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o una inquietud depende de la situación. Podría tener que solicitar a nuestro plan que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa**.

Tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 1.8

¿Qué puede hacer si cree que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados por motivos de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados *y no* es un asunto de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo ponerse en contacto, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9

Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo ponerse en contacto, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se presentan a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Use este manual de Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos, que incluyen qué está cubierto, qué no está cubierto, las reglas que deben seguir y qué paga usted.
- **Si tiene alguna otra cobertura del seguro de salud además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos de receta por separado, debe informarnos.** Llame al Servicio de atención al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
 - Estamos obligados a respetar las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted usa toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**”, porque implica coordinar los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con todos los demás beneficios disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores del cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que reciba atención médica.
- **Colabore con sus médicos y con otros proveedores, para que ellos lo ayuden a usted, brindándole información, haciendo preguntas y siguiendo las pautas que le den para su cuidado.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle el mejor cuidado, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndele la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de formularla. Se supone que sus médicos y otros proveedores del cuidado de la salud le explicarán las cosas de una manera

que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Asimismo, esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del gasto cuando recibe el servicio. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del gasto total). En el Capítulo 4 se le informa qué debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si recibe servicios médicos que no tienen cobertura de nuestro plan o de otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo de la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Avísenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo 1, se le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a resolver el asunto si se muda fuera de nuestra área de servicio. Si deja nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual se podrá inscribir en cualquier plan Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo** para que podamos actualizar su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio de atención al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Además, agradecemos todas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual.

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

ANTECEDENTES	107
SECCIÓN 1 Introducción	107
Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?.....	107
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?	107
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros	108
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	108
SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?	109
Sección 3.1 ¿Debe emplear el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe emplear el proceso para presentar quejas?.....	109
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....	110
SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	110
Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	110
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	111
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona información detallada de <u>su</u> situación?.....	112
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	112
Sección 5.1 En esta sección, se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea un reintegro por nuestra participación del gasto de su atención	112
Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)	114
Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan).....	117
Sección 5.4 Paso a paso: cómo se hace una Apelación de Nivel 2.....	121

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra participación de una factura recibida por atención médica?	123
SECCIÓN 6	Cómo solicitar que cubramos una estadía en el hospital como paciente ingresado más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	124
Sección 6.1	Durante su estadía en el hospital como paciente ingresado, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informan sus derechos.....	124
Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	126
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	129
Sección 6.4	¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 130	
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que sigamos manteniendo la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	133
Sección 7.1	<i>Esta sección trata sobre tres servicios solamente:</i> cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).....	133
Sección 7.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura.....	134
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	135
Sección 7.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo.....	137
Sección 7.5	¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1? 138	
SECCIÓN 8	El proceso de apelación después del Nivel 3	141
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicios médicos ...	141
PRESENTACIÓN DE QUEJAS.....		143
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	143
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?.....	143
Sección 9.2	El término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo” ..	145
Sección 9.3	Paso a paso: Presentación de una queja.....	146
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad	148

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Sección 9.5 También puede informar a Medicare sobre su queja..... 148

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****ANTECEDENTES****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?**

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe seguir el **proceso para presentación de quejas**.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto nosotros como usted debemos seguir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. En la guía que aparece en la Sección 3, obtendrá asistencia para identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo, se emplean palabras más simples en lugar de ciertos términos legales para explicar las reglas y los procedimientos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente, encontrará la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización”; y “Organización de evaluación independiente” en vez de “Entidad de evaluación independiente”. Asimismo, las abreviaturas se usan lo menos posible.

No obstante, puede ser útil y, algunas veces, bastante importante, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos emplear lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando trate su problema, además de ayudarlo a obtener la asistencia o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos debe emplear, incluimos términos legales cuando brindamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con orientadores capacitados en todos los estados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los orientadores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe seguir para manejar un problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los orientadores de SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?

Sección 3.1

¿Debe emplear el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe emplear el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. En la guía a continuación encontrará ayuda.

Para saber en qué parte de este capítulo encontrará ayuda para su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 **Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

Sección 4.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	--

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que debe seguir para cuestiones relacionadas con si algo tiene cobertura o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando usted recibe atención del médico o si el médico de su red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué cubriremos en su caso y cuánto pagaremos. Es posible que, en algunos casos, decidamos que un servicio no está cubierto o ya no tiene cobertura de Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, evaluaremos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Su apelación es manejada por diferentes revisores que no son los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la evaluación, le informaremos nuestra decisión. En determinadas situaciones, que analizaremos más adelante,

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

puede solicitar una decisión rápida o “decisión de cobertura acelerada” o una apelación acelerada de una decisión de cobertura.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación.

Sección 4.2**Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Desea obtener ayuda? Aquí, se presentan recursos que se pueden usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su SHIP (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Para casos de atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la legislación estatal.
 - Si desea que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona actúen como su representante, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que lo represente. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que lo represente.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que ofrecen

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

servicios legales gratuitos, si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3**¿Qué sección de este capítulo proporciona información detallada de su situación?**

Hay tres tipos diferentes de situaciones que conllevan decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, ofrecemos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente ingresado más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto” [*Se aplica solo a estos servicios*: cuidado de la salud en el hogar, atención del Centro de Enfermería Especializada y en el centro integral de rehabilitación de paciente ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)]

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). Asimismo, puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP (en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual, están los números de teléfono para este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los conceptos básicos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo hizo, posiblemente, desee leerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1**En esta sección, se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea un reintegro por nuestra participación del gasto de su atención**

En esta sección, se tratan sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. Para simplificar, generalmente, nos referimos a “cobertura de atención médica”

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” en todo momento.

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esta atención.
4. Recibió y pagó la atención o los servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago por esta atención.
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que hemos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá y considera que eso podría ser perjudicial para su salud.
 - NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es de atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o de servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer una sección separada de este capítulo, porque se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Esto debe leer en dichas situaciones:
 - Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente ingresado más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* En esta sección, se abordan tres servicios solamente: cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada y servicios de CORF.
 - En las demás situaciones que incluyan el aviso de suspensión de la atención médica que ha recibido, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer esto:
¿Desea saber si cubriremos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura por usted. Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer esto:
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma en que usted pretende que lo cubramos o paguemos?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos solicita una reconsideración). Vaya directamente a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos el reintegro del pago de la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya directamente a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura
(cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se denomina “determinación de organización”.

Paso 1: Pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Según su estado de salud, si necesita una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión de cobertura acelerada**”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura acelerada” se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea.

- Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

En general, nos basamos en las fechas límite estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado seguir las fechas límite “aceleradas”. **Una decisión de cobertura**

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda ser beneficiarle a usted. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura acelerada”

- **Una decisión de cobertura acelerada significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, puede llevarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo o si necesita tiempo para enviarnos información para la evaluación. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *sólo* si está pidiendo una cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura acelerada si su pedido se relaciona con pagos por atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solo* si el uso de las fechas límite estándar puede *provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que, por cuestiones de salud, usted necesita una “decisión de cobertura acelerada”, aceptaremos proporcionársela automáticamente.**
- Si pide una decisión de cobertura acelerada por su propia cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud lo requiere.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta para informarle (y usaremos en su lugar las fechas límite estándar).

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- A través de esta carta, se le informará que, si su médico pide la decisión de cobertura acelerada, se la daremos de forma automática.
- Además, la carta le informará cómo puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que pidió. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica 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**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas situaciones. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período prorrogado al final de ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación, se informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si prorrogamos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura al terminar el período prorrogado.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito para informar por qué tomamos esa decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**.
 - Puede llevarnos hasta 14 días calendario más (“un período prorrogado”) en ciertas ocasiones. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay un período prorrogado al final de ese período), tiene el derecho a una apelación. En la Sección 5.3 a continuación, se informa cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si prorrogamos el período necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o brindaremos la cobertura al terminar el período prorrogado.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión.

Paso 3: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (y quizás modifiquemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar para recibir la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3

Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1
(cómo solicitar una evaluación de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su estado de salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación acelerada”.**Qué debe hacer**

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*.

- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito mediante la presentación de una solicitud.** También puede solicitar una apelación si nos llama al número de teléfono que figura en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*).
 - Si alguien que no sea su médico apela nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a dicha persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llama al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) y pida el formulario de “Designación de representante”. Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web, en www.emblemhealth.com/medicare). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar ni completar nuestra evaluación 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 sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la Organización de evaluación independiente que haga una evaluación de nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si solicita una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*).**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una justificación aceptable, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una justificación aceptable para no cumplir con la fecha límite pueden incluir el haber tenido una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. [Si se cobra una tarifa, insertar: Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información].
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para apoyar su apelación.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación acelerada” (puede llamarnos para realizar una solicitud)

Términos legales
Una “apelación acelerada” también se denomina una “reconsideración acelerada” .

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación acelerada”.
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura acelerada”. Para solicitar una apelación acelerada, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura acelerada. (Estas instrucciones se dan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud exige una “apelación acelerada”, se la daremos.

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

- Cuando nuestro plan evalúa su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura de atención médica. Hacemos una comprobación para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación acelerada”

- Cuando nos basamos en fechas límite aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período prorrogado si necesitamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindamos información sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” para todo o parte de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de evaluación independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si nos basamos en las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación, si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja de respuesta rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas de respuesta rápida, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite anterior (o al final del período prorrogado si necesitamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de evaluación y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” para todo o parte de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de evaluación independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si la respuesta de nuestro plan es “no” a toda o parte de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de evaluación independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Sección 5.4****Paso a paso: cómo se hace una Apelación de Nivel 2**

Si nuestra respuesta es “no” para su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de evaluación independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de evaluación independiente” es “**Entidad de evaluación independiente**”. A menudo, se llama “**IRE**” (*Independent Review Entity*).

Paso 1: La Organización de evaluación independiente revisa su apelación.

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacer la tarea de la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa este trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de evaluación independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una “apelación acelerada” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación acelerada” en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación acelerada a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación acelerada en el Nivel 2. La organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de evaluación independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
 - Sin embargo, si la Organización de evaluación independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de evaluación independiente le da la respuesta que allí tomen.

La Organización de evaluación independiente le informará la decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de evaluación acepta todo o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación para casos de solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de evaluación para las solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza toda o parte de la apelación que usted hizo,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “desestimar su apelación”).
 - Si la Organización de evaluación independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es la definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de evaluación independiente le informará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es desestimada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5**¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra participación de una factura recibida por atención médica?**

Si desea solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este manual: *Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos cubiertos*. En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación del pago que nos solicita.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación del reembolso que solicita, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que paga usted]*). También controlaremos si siguió todas las reglas requeridas en el uso de su cobertura para la atención médica (estas reglas se mencionan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra participación del gasto de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O bien, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, significa que *aceptamos* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos los servicios y los motivos detallados. (Cuando desestimamos su solicitud de pago, significa que *rechazamos* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de desestimarla, **puede presentar una apelación**. Si lo hace, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando desestimamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando esté siguiendo estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita un reintegro por la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada).
- Si la Organización de evaluación independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago que ha solicitado, ya sea a usted o al proveedor, en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es “sí” en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado, ya sea a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6**Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente ingresado más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre su cobertura para su atención de hospital, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de salir del hospital.

- El día que abandona el hospital se llama la “**fecha de alta**”.
- Cuando se decidida su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. En esta sección, se le informa cómo solicitar esto.

Sección 6.1**Durante su estadía en el hospital como paciente ingresado, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informan sus derechos**

Durante su estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que son admitidos en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregárselo en un plazo de dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa sus derechos como paciente del hospital, entre lo que se incluye:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlas.
- Su derecho a participar en toda decisión sobre su estadía en el hospital y saber quién pagará por ella.
- Dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le informa cómo puede “**solicitar una evaluación inmediata**”. Solicitar una evaluación inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención en el hospital durante un tiempo más prolongado. (En la Sección 6.2 a continuación, se le informa cómo puede solicitar una evaluación inmediata).

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en nombre de usted deben firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como representante de usted).
- La firma del aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán al respecto). La firma del aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso firmado para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Asimismo, puede verlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios en el hospital para pacientes ingresados por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- Siga el proceso.** A continuación, se explican los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con las fechas límite que se aplican a las cosas que debe hacer.
- Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha de alta planificada es médicaamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una “evaluación acelerada” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Incluye la revisión de fechas de altas hospitalarias para personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Actúe rápidamente:**

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y, **cómo máximo, en su fecha de alta planificada.** (Su “fecha de alta planificada” es la fecha establecida para que usted salga del hospital).
 - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria* que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener información detallada sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Pida una “evaluación acelerada”:

- Debe pedirle a la Organización de Mejora de la Calidad una “**evaluación acelerada**” de su alta. Pedir una “evaluación acelerada” significa que le pide a la organización que use los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

Términos legales

Una “**evaluación acelerada**” también se denomina una “**evaluación inmediata**” o una “**evaluación rápida**”.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una evaluación independiente de su caso.**¿Qué sucede durante esta evaluación?**

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y evaluarán información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Para el mediodía del día después en que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Términos legales**

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado de alta**”. Para obtener un aviso de muestra, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Paso 3: Al cabo de un día completo de contar con toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad responderá a su apelación.*¿Qué sucede si la respuesta es “sí”?*

- Si la organización de evaluación *acepta* su apelación, **debemos continuar brindándole servicios hospitalarios de paciente ingresado cubiertos durante el tiempo que estos sean médicalemente necesarios**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es “no”?

- Si la organización de evaluación *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta planificada es médicalemente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente ingresado** terminará al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de evaluación *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad responda a 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 Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que procederá al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Sección 6.3****Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización de Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que haga otra revisión de la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta hospitalaria planificada.

Estos son los pasos para el proceso de apelación de Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y pide otra evaluación.

- Debe pedir esta evaluación **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda evaluación de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda evaluación, los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de evaluación dice “sí”:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su cuidado de hospital de paciente ingresado mientras sea médicalemente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de evaluación dice “no”:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron en la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina “confirmar la decisión”.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre cómo seguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea seguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de evaluación rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal revisa la apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4**¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?****Puede presentarnos la apelación a nosotros.**

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de salir del hospital y, como máximo, en la fecha de alta planificada). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación y pedir una “evaluación acelerada”. Una evaluación acelerada es una apelación en la que se usan plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

Una “evaluación acelerada” (o “apelación acelerada”) también se denomina “apelación urgente”.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una “evaluación acelerada”.**

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “evaluación acelerada”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Hacemos una “evaluación acelerada” de su fecha de alta planificada y comprobamos si fue médicaamente apropiada.

- Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Hacemos una comprobación para ver si su fecha de alta planificada fue médicaamente apropiada. Haremos una comprobación para ver si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares” para darle una respuesta a esta evaluación.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pida una “evaluación acelerada” (“apelación acelerada”).

- **Si aceptamos su apelación acelerada**, significa que hemos acordado con usted que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha del alta y continuaremos brindándole servicios hospitalarios de paciente ingresado cubiertos mientras sean médicalemente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación acelerada**, significa que su fecha de alta planificada es médicalemente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente ingresado termina el día en que dijimos que terminaría su cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total de** la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación acelerada, **debemos enviarle su apelación a la “Organización de Evaluación Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que seguirá *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2**

Si nuestra respuesta es “no” para su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Evaluación Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación acelerada”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de evaluación independiente” es “**Entidad de evaluación independiente**”. A menudo, se llama “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Evaluación Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Evaluación Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja difiere del proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Evaluación Independiente hace una “evaluación acelerada” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacer la tarea de la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa este trabajo.
- Los revisores de la Organización de Evaluación Independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si la organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos (devolverle el dinero) del cuidado de hospital que haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios de paciente ingresado mientras sean médicalemente necesarios. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriendole sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicalemente apropiada.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- El aviso que reciba de la Organización de Evaluación Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre cómo seguir a una apelación de Nivel 3, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 3: Si la Organización de Evaluación Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, decide si desea aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos manteniendo la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1

Esta sección trata sobre tres servicios solamente:
cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de cuidado *solamente*:

- Los **servicios de cuidado de la salud en el hogar** que esté recibiendo.
- La **atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando esté recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y las limitaciones que pueden aplicarse a su cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando termina la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esa atención.*

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

Sección 7.2**Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura**

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

- El aviso por escrito le indicará la fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.
- El aviso por escrito también le informa qué puede hacer si quiere pedirle al plan que cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención y siga cubriendola durante más tiempo.

Términos legales

Al informarle qué puede hacer, el aviso por escrito informa de qué forma puede solicitar una “**apelación acelerada**”. La solicitud de una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención. (La Sección 7.3 a continuación le indica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

El aviso por escrito se denomina “**Aviso de falta de cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

- 2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Usted o alguien que actúe en nombre de usted deben firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede dar su permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante).
- Al firmar el aviso, *sólo* demuestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Su firma no significa que esté de acuerdo** con el plan con que es el momento para dejar de recibir atención.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Sección 7.3****Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con las fechas límite que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad evalúa su apelación y decide si cambiará la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una evaluación. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que reciben un pago del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y evalúan las decisiones del plan sobre el momento de interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debe pedir?

- Pida a esta organización una “apelación acelerada” (para hacer una evaluación independiente) de si es médicaamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para comenzar su apelación *antes del mediodía del día después de recibir el aviso por escrito que le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación, puede presentarnos su apelación directamente. Para obtener información detallada sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de evaluación también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al terminar el día, los evaluadores nos informarán sobre su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra en el que se explicará en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso de explicación se denomina
“Explicación detallada de falta de cobertura”.

Paso 3: En un plazo de un día completo de tener toda la información que necesitan, los revisores le indicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos continuar brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?*****¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?***

- Si los revisores dicen “*no*” a su apelación, entonces su cobertura **terminará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención del Centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termina su cobertura, entonces **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

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

- La primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que procederá al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.4**Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo**

Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted elige continuar recibiendo la atención después de que haya terminado la cobertura de la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que haga otra revisión de la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Estos son los pasos para el proceso de apelación de Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y pide otra evaluación.

- Debe pedir esta evaluación **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda evaluación de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de evaluación acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** de la atención mientras sea médicaamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de evaluación la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre cómo seguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea seguir con su apelación en el siguiente nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal revisa la apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5

¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Tal como se explicó anteriormente en la Sección 7.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, como máximo). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Paso a paso: cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1**

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos una apelación y pedir una “evaluación acelerada”. Una evaluación acelerada es una apelación en la que se usan plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Estos son los pasos para una apelación alterna de Nivel 1:

Términos legales
Una “evaluación acelerada” (o “apelación acelerada”) también se denomina “apelación urgente”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una “evaluación acelerada”.

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “evaluación acelerada”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Hacemos una “evaluación acelerada” de la decisión que tomamos respecto de cuándo terminar la cobertura de los servicios.

- Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su caso. Hacemos una comprobación para ver si se siguieron todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura por parte del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares” para darle una respuesta a esta evaluación.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pida una “evaluación acelerada” (“apelación acelerada”).

- **Si aceptamos su apelación acelerada,** significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicaamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación acelerada,** entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si siguió recibiendo cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

Paso 4: Si decimos “no” a su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación acelerada, **debemos enviarle su apelación a la “Organización de Evaluación Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que seguirá *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2

Si nuestra respuesta es “no” para su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Evaluación Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación acelerada”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de evaluación independiente” es **“Entidad de evaluación independiente”**. A menudo, se llama **“IRE” (Independent Review Entity)**.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Evaluación Independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Evaluación Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de queja difiere del proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Evaluación Independiente hace una “evaluación acelerada” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacer la tarea de la Organización de evaluación independiente. Medicare supervisa este trabajo.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- Los revisores de la Organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos (devolverle el dinero) de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar brindando cobertura de la atención mientras sea médicaamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriendole sus servicios.
- **Si esta organización dice “no” su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan para su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que reciba de la Organización de Evaluación Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará detalles sobre cómo seguir a la apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si la Organización de Evaluación Independiente rechaza su apelación,
usted decide si desea seguir con su apelación.**

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen “no” a su apelación de Nivel 2, puede elegir entre aceptar esa decisión o seguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal revisa la apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 El proceso de apelación después del Nivel 3

Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las apelaciones de servicios médicos
--------------------	--

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del servicio médico o artículo por el que apela cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda continuar en otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá continuar apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. Le mostramos quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Apelación de Nivel 3**

Un juez (denominado Juez de Derecho Administrativo) o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal evaluará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.** Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Evaluación Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindar el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento complementario. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:

El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es “sí” o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.** Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Evaluación Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o brindar el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es “no” o el Consejo rechaza la solicitud de evaluación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber terminado.**

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** evaluará su apelación.

- Es la última etapa del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, entonces esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para las decisiones y apelaciones de cobertura. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

Esta sección explica de qué forma usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *sólo*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluido el cuidado de hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debería ser confidencial?

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio deficiente de atención al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted?• ¿Está disconforme con el modo en que lo ha tratado el Servicio de atención al cliente?• ¿Siente que lo están incentivando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?• ¿Ha tenido que esperar mucho a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio de atención al cliente u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, al surtir un medicamento con receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Considera que no le hemos proporcionado un aviso que debemos proporcionarle?• ¿Considera que es difícil de comprender información por escrito que le hemos proporcionado?

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

Queja	Ejemplo
Puntualidad (todos estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, use dicho proceso, no el proceso de queja.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación acelerada” y dijimos que no lo haremos, puede presentar una queja.• Si cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o darle una respuesta a una apelación que presentó, puede presentar una queja.• Cuando se evalúa una decisión de cobertura que tomamos y nos indican que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos, hay plazos que se aplican. Si piensa que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja.• Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo, debemos enviar su caso a la Organización de Evaluación Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 9.2

El término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina una “queja” también se denomina un “reclamo”.
- Puede decirse que “presenta una queja” o “presenta un reclamo”.
- También puede decirse “usar el proceso de quejas” o “usar el proceso de reclamos”.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?****Sección 9.3****Paso a paso: Presentación de una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **En general, llamar al Servicio de atención al cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de atención al cliente se lo informará. Nuestro número de teléfono es 1-877-344-7364; atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, (TTY: 711).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho con la respuesta), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- El reclamo (queja) del miembro debe presentarse en un plazo de 60 días de la fecha del incidente que generó la queja por escrito en esta dirección:

EmblemHealth Medicare HMO
ATTN: Grievance and Appeals
PO Box 2807
New York, NY 10116-2807

o en persona en esta dirección:
EmblemHealth Medicare HMO
55 Water Street
New York, NY 10041

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm. No es necesario hacer una cita.

o puede llamar al Servicio de atención al cliente a este número:
1-877-447-1199

Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 711.

El horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm.

Si alguien presenta un reclamo en su nombre, este debe incluir un “Formulario de designación de representante” que autorice a la persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono aparecen anteriormente) y pida un “Formulario de designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare. Si bien podemos aceptar un reclamo sin el formulario, no podemos hacer nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días a

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

partir de haber recibido su solicitud de reclamo (nuestro plazo para responder a su reclamo), se cerrará su solicitud de reclamo.

Se le enviará un acuse de recibo por escrito dentro de los 15 días después de la fecha en que EmblemHealth Medicare haya recibido el reclamo. Incluirá una solicitud de información adicional necesaria para resolver el reclamo e identificará el nombre, la dirección y el número de teléfono del departamento que se ha designado para responderlo.

Investigará su reclamo y le informará sobre nuestra decisión tan rápidamente como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero antes de los 30 días calendario a partir de haber recibido su reclamo. Este período puede extenderse hasta 14 días calendario si usted lo solicita o si justificamos la necesidad de recibir información adicional y el retraso lo beneficia. Le avisaremos si es necesaria una extensión.

Si solicita una determinación de organización urgente, una determinación de cobertura urgente, una reconsideración urgente o una redeterminación urgente, es posible que decidamos que su solicitud no cumple con los criterios de urgencia y, en consecuencia, procesaremos su solicitud usando los plazos para una solicitud estándar. Si decidimos que su solicitud no es urgente o pedimos una extensión para su solicitud, puede solicitar un reclamo urgente. EmblemHealth debe responder a su reclamo urgente dentro de las 24 horas de la solicitud.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación acelerada”, automáticamente la consideraremos una “queja de respuesta rápida”.** Si tiene una “queja de respuesta rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina una “**queja de respuesta rápida**” también se denomina un “**reclamo de respuesta rápida**”.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica nos exige una respuesta rápida, lo haremos.

**Capítulo 7. ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?**

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora va en interés suyo o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos cargo del problema por el que se está quejando, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 9.4**También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad**

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja tiene que ver con la *calidad de la atención*, además tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La Organización de Mejora de la Calidad está integrada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y también ante la Organización de Mejora de la Calidad.

Sección 9.5**También puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en <https://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 tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

*Cómo terminar su membresía en el
plan*

Capítulo 8. Cómo terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	151
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan	151
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?	151
Sección 2.1	Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual	151
Sección 2.2	Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	152
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial	152
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?.....	153
SECCIÓN 3	¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?	154
Sección 3.1	Generalmente, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan....	154
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	155
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan ..	155
SECCIÓN 5	Nuestro plan debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	155
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?.....	155
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud	156
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	157

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La terminación de su membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Solo hay determinados momentos durante el año o determinadas situaciones en las que puede terminar su membresía en el plan de forma voluntaria. La Sección 2 le indica *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
 - El proceso para terminar su membresía de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le indica *cómo* terminar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide terminar la membresía, sino que nosotros debemos su membresía. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Puede terminar su membresía en nuestro plan solamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el cual debe evaluar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Es entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare diferente.
 - *o* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura del plan nuevo el 1 de enero.

Sección 2.2

Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Todos los años, se lleva a cabo del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no los cubra).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en otro plan de medicamentos de receta de Medicare para agregar cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3

En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Este se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. Son tan solo ejemplos; para ver la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Generalmente, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si no respetamos el contrato que tenemos con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
 - Si se inscribe en el Programa integral de atención para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **¿Qué son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos de receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos de receta o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare diferente.
 - *o* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4

¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene preguntas o si desea más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente** (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).
- Puede encontrar la información en el Manual ***Medicare & You 2019***.
 - Todas aquellas personas que tengan Medicare reciben una copia de *Medicare & You* en otoño. Quienes son nuevos en Medicare, lo reciben en el plazo de un mes después de la inscripción inicial.

- También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	Generalmente, usted termina su membresía inscribiéndose en otro plan
--------------------	---

En general, para terminar su membresía en nuestro plan, usted simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare, debe pedir que cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas en las que puede pedir la cancelación de la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).
- o puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
● Otro plan de salud de Medicare.	● Inscríbase en el plan de salud nuevo de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción en nuestro plan automáticamente.
● Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos de receta de Medicare diferente.	● Inscríbase en el plan de medicamentos de receta nuevo de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción en nuestro plan automáticamente.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de receta de Medicare diferente.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).• También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

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

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona nuestro plan, puede que transcurra cierto tiempo hasta que finalice su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, su estancia en el hospital normalmente estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si esto ocurre después de que se haga efectiva su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Nuestro plan debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?
--------------------	--

Debemos terminar su membresía en el plan si se produce alguno de los siguientes hechos:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda de nuestra área de servicio.

- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar al Servicio de atención al cliente para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en nuestra área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente se encuentran en la contraportada de este manual).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y le brinda cobertura de medicamentos de receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted tiene continuamente un comportamiento problemático que dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).

Si terminamos su cobertura por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede solicitar más información?

Si tiene preguntas o si desea más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio de atención al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Sección 5.2

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3

Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos indicarle por escrito los motivos por los que terminamos su cobertura. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 7, Sección 9, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso respecto de la ley que rige este servicio.....	160
SECCIÓN 2	Aviso respecto de la no discriminación	160
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	160

SECCIÓN 1 Aviso respecto de la ley que rige este servicio

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas otras disposiciones porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones que fueron creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que resulte aplicable por otro motivo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme con la normativa de los CMS establecida en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.108 y 423.462, nuestro plan, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme con la normativa de los CMS establecida en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar su atención médica antes que su plan de salud de Medicare Advantage (MA). En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage puede pagar, pero tiene derecho al reembolso de los pagos por parte de estas otras partes. Es posible que los planes Medicare Advantage no sean el pagador principal de la atención médica que reciba. Estas situaciones incluyen aquellas en las que el Programa federal Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagadores secundarios de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagadores secundarios de Medicare, se redactó un manual con información general sobre qué sucede cuando las personas que tienen Medicare

tienen otro seguro. Se llama Medicare y otros beneficios de salud: su guía para saber quién paga primero (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visitando el sitio web www.medicare.gov.

Los derechos de recuperación del plan en estas situaciones se basan en los términos del contrato de este plan de salud, así como en las disposiciones de las leyes federales que rigen el Programa Medicare. La cobertura de su plan MA siempre es secundaria a cualquier pago hecho o que se prevé razonablemente que se haga conforme a:

una ley de indemnización de los trabajadores (Workers' Compensation) o un plan estatal o de los Estados Unidos; cualquier seguro sin culpa, lo que incluye seguros de pagos médicos y sin culpa no automotores; cualquier póliza de seguro de responsabilidad o plan (incluido un plan de autoseguro) emitido conforme a una cobertura o póliza de seguro automotor o de otro tipo; y cualquier póliza o plan de seguro automotor (incluido un plan de autoseguro), que incluye, entre otros, coberturas para conductores subasegurados o no asegurados.

Dado que su plan MA es siempre secundario a cualquier cobertura de pagos médicos o seguro automotor sin culpa (protección contra lesiones personales), debe evaluar sus pólizas de seguro automotor para asegurarse de haber seleccionado las cláusulas de pólizas apropiadas para que su cobertura automotriz sea la principal para el tratamiento médico que surja de un accidente automotor.

Tal como se describe aquí, en estas situaciones, su plan MA puede hacer pagos en su nombre para esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos hechos por usted u otras partes. Inmediatamente al hacer cualquier pago condicional, su plan MA quedará subrogado a (será representado para tener) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o asegurador responsable de ocasionarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o asegurador indicado como un pagador primario anteriormente.

Además, si usted recibe un pago de cualquier persona, entidad o asegurador responsable de ocasionarle una lesión, enfermedad o afección, o recibe un pago de cualquier persona, entidad o asegurador indicado como un pagador primario anteriormente, su plan de MA tiene derecho a recuperar, y que usted le reembolse, todos los pagos condicionales que el plan haya hecho o hará como consecuencia de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan MA tendrá automáticamente un derecho de retención que comprende los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, posteriormente a cualquier recuperación, ya sea por acuerdo, sentencia u otro medio. El derecho de retención puede hacerse cumplir frente a cualquier parte que tenga fondos o ingresos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, cualquier persona, entidad o asegurador responsable de ocasionarle una lesión, enfermedad o afección, o cualquier persona, entidad o asegurador indicado como un pagador primario anteriormente.

Al aceptar los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se haga a usted o en su nombre a cualquier proveedor del cuidado de la salud) de su plan MA, reconoce que los derechos de recuperación del plan son una reclamación de mayor prioridad y deben pagarse al plan antes que cualquier reclamación por sus daños. El plan tendrá derecho a un reembolso total con base en el primer dólar gastado de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan genera una recuperación para usted que sea insuficiente para compensarle parcial o totalmente los daños ocasionados. Su plan MA no está obligado a participar ni a pagar costas legales ni honorarios de abogados que se adeuden a cualquier abogado contratado por usted para presentar las reclamaciones por daños.

Su plan MA tiene derecho a una recuperación completa, independientemente de la responsabilidad de pago que admita cualquier persona, entidad o asegurador responsable de ocasionarle una lesión, enfermedad o afección, o cualquier persona, entidad o asegurador indicado como un pagador primario anteriormente. El plan tiene derecho a una recuperación completa, independientemente de si el acuerdo o la sentencia recibidos por usted identifica los beneficios médicos que el plan brindó o pretende asignar una parte de dicho acuerdo o sentencia para el pago de gastos que no sean médicos. El plan MA tiene derecho a obtener una recuperación de cualquier acuerdo o sentencia, incluso aquellos designados en relación con dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales solamente.

Usted y sus representantes legales cooperarán íntegramente con las tareas del plan para recuperar el pago de sus beneficios. Usted tiene la obligación de avisar al plan dentro de los 30 días de la fecha cuando se da el aviso a cualquier parte, incluido un abogado o compañía de seguro, su intención de presentar o investigar una reclamación para recuperar daños u obtener una compensación debido a su lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes brindarán toda la información solicitada por el plan o sus representantes. Usted no hará nada para perjudicar la subrogación ni el interés de recuperación de su plan MA, ni para perjudicar la capacidad del plan de hacer cumplir los términos de esta disposición. Esto incluye, entre otras cosas, abstenerse de hacer acuerdos o buscar una recuperación que intente reducir o excluya el costo total de todos los beneficios brindados por el plan.

Si no brinda la información solicitada o si no colabora con su plan MA en su proceso de derechos de recuperación o subrogación, usted podría ser personalmente responsable del reembolso al plan de los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como las costas y los honorarios de los abogados razonables del plan incurridos al obtener un reembolso de su parte.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: período especificado cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: usted presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud, o de pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un artículo o servicio que usted considere que debe recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso a seguir para presentarlas.

Facturación de saldo: se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del monto de la participación en los costos permitido del plan. Como miembro de nuestro plan, solamente tiene que pagar el monto de la participación en los costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a que hagan una “facturación de saldo” ni a que le cobren de otro modo más que el monto de la participación en los costos que su plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de centros de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Para las estancias en centros de enfermería especializada, un período de beneficios comienza el día en que lo ingresan como paciente en un SNF. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria ni atención especializada como paciente ingresado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si lo vuelven a internar en un hospital o un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. Para las estancias hospitalarias de pacientes ingresados, un período de beneficios comienza cuando lo ingresan en el hospital y termina cuando le dan el alta del hospital. Si lo ingresan después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): organismo federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de los medicamentos de receta o servicios. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Queja: el término formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados

con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Consulte también “reclamo” en esta lista de definiciones.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y presta diversos servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación en el hogar.

Copago: monto que tal vez deba pagar como su parte del gasto por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría tener que pagar \$10 o \$20 por un medicamento de receta o por una visita al médico.

Participación en los costos: se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. (Es adicional a la prima mensual del plan). La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto de deducible que puede exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo monto fijo de “copago” que un plan exige cuando usted recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Puede aplicarse una “tasa diaria de participación en los costos” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos para usted y usted deba pagar un copago.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para hacer referencia a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos de receta: cobertura de medicamentos de receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se convierten en elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos de receta de Medicare posteriormente.

Cuidado asistencial: es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, centro de atención para enfermos terminales u otro centro donde no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es el cuidado personal que pueden brindar las personas que no tienen capacitación o habilidades profesionales, por ejemplo, ayudar con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse, vestirse, comer, levantarse o acostarse o usar una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deductible: el monto que debe pagar por el cuidado de la salud antes de que el plan comience a pagar.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar la membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (no es su decisión).

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos solicitados por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: se produce una emergencia médica cuando usted o cualquier persona prudente que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que cumplen estas características: 1) son brindados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de la cobertura: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos de receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros, incluido una relativa a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre pagos o cobertura.

Asistente de salud a domicilio: brinda servicios que no requieren de las habilidades de un terapeuta o enfermero matriculado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no tienen una matrícula en enfermería ni hacen terapias.

Atención para enfermos terminales: un miembro al cual le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nuestro plan debe ofrecerle una lista de centros de atención para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige ser atendido en un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Igualmente puede recibir todos los servicios médicalemente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de atención para enfermos terminales le ofrecerá un tratamiento especial para su estado.

Estancia hospitalaria de paciente ingresado: una estancia hospitalaria cuando lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para acceder a Medicare, el período en el cual usted se puede inscribir en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Importe máximo de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan, la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos de receta no se contemplan para el importe máximo de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1, para obtener información sobre el importe máximo de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos para personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían según el estado; sin embargo, la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesarios: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (generalmente aquellas que padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan con costo de Medicare, un plan del PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período fijo cada año en el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a Original Medicare o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El período de inscripción abierta va del 1 de enero al 31 de marzo de 2019.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un plan

privado de cargo por servicio (private fee-for-service, PFFS) o un plan con una cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos de receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos de receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y B de Medicare son elegibles para unirse a cualquiera de los planes de salud de Medicare que se ofrecen en su área, excepto aquellas que tengan una enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen determinadas excepciones).

Plan con costo de Medicare: es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos según la Sección 1876(h) de la ley.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes con costo de Medicare, programas piloto/de demostración y Programas de atención integral para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos de receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos de receta para pacientes ambulatorios, vacunas, preparaciones biológicas y ciertos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare ofrecido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las “carencias” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): persona que tiene Medicare, es elegible para obtener servicios cubiertos, se ha afiliado a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio de atención al cliente: departamento de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas respecto de su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y otros centros del cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de

cuidado de la salud. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan prestar servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse “**proveedores del plan**”.

Beneficios complementarios opcionales: son beneficios que no están cubiertos por Medicare y que pueden adquirirse por una prima adicional y no está incluidos en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para acceder a estos.

Determinación de organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de organización cuando toma una decisión sobre si determinados artículos o servicios están cubiertos, o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 7, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “Medicare con cargo por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos de receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor del cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Centro fuera de la red o proveedor fuera de la red: centro o proveedor con el cual no hemos acordado coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni administra; tampoco tienen contratos para brindarle servicios cubiertos. El uso de centros o proveedores fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “participación en los costos” anterior. El requisito de participación en los costos de un miembro que le exige pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requerimiento de gastos “de bolsillo” del miembro.

Plan PACE: un plan del Programa de atención integral para personas mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) para personas delicadas de salud y las ayuda a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos de receta de Medicare. (Para su comodidad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos de receta como la Parte D).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por el pago de un monto especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los recibe de proveedores de la red o fuera de la red. La participación en los costos del miembro generalmente será más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos que usted debe pagar de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus gastos de bolsillo totales combinados para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos de receta.

Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantener su salud. También puede hablar con otros médicos y proveedores del cuidado de la salud sobre su atención y puede derivarlos a estos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluyen suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Servicios de rehabilitación: incluyen los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden estar a cargo de un médico o enfermero matriculado.

Período de inscripción especial: período especificado durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de cuidado de la salud más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Ingreso suplementario de seguridad (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: son los servicios que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red en casos en que los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.



SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE NUESTRO PLAN

Llame al	877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Siete días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TDD/TTY	711 (Servicio de retransmisión del estado de Nueva York) Las llamadas a este número son gratuitas. Siete días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	212-510-5373
Escriba a	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service, 55 Water Street, New York, NY 10041-8190
Sitio web	emblemhealth.com/medicare

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y ASISTENCIA DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE INFORMATION, COUNSELING AND ASSISTANCE PROGRAM) (EL SHIP DE NUEVA YORK)

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Llame al	800-701-0501
TDD/TTY	711 (Servicio de retransmisión del estado de Nueva York)
Escriba a	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-1251
Sitio web	www.aging.ny.gov

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a no ser que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Los planes de seguro de EmblemHealth están suscritos por Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP) y HIP Insurance Company of New York.