

Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2020

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare como Afiliado a Health Net Seniority Plus Green (HMO)

Este cuadernillo le brinda detalles sobre la cobertura de los servicios de atención de salud de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Le explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención de salud que necesita.

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

El plan Health Net Seniority Plus Green (HMO) es ofrecido por *Health Net of California, Inc.* (En esta *Evidencia de Cobertura*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a *Health Net of California, Inc.* Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Health Net Seniority Plus Green (HMO)).

Este documento está disponible en forma gratuita, en español.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-800-275-4737, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje.

Esta información también está disponible en formatos diferentes, como letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2021.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de Cobertura para 2020
Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Si quiere obtener ayuda adicional para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Comenzar como afiliado	4
Se explica lo que significa estar inscrito en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Se informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de afiliado al plan y cómo mantener actualizado el registro de afiliación.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Se brinda información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (Health Net Seniority Plus Green (HMO)) y con otras organizaciones, entre las que se incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal del seguro de salud para personas con ingresos bajos) y el Consejo de Jubilación Ferroviaria.	
Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos	27
Se explica lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como afiliado a nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted).....	45
Se proporcionan detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y <i>no</i> cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan. Se explica cuánto deberá pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos.....	90
Se explica cuándo y cómo enviar una factura cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos.	
Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades.....	96
Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado a nuestro plan. Se indica qué puede hacer si usted considera que no se están respetando sus derechos.	

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) 109

Se indica, paso a paso, qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como afiliado a nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si usted tiene problemas para obtener la atención médica que considera cubierta por nuestro plan. Esto incluye solicitar que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente, entre otras inquietudes.

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan..... 154

Se explica cuándo y cómo usted puede cancelar su afiliación al plan. Se detallan situaciones en las que se le exige a nuestro plan cancelar su afiliación.

Capítulo 9. Avisos legales..... 163

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

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 171

Se explican los términos clave utilizados en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Comenzar como afiliado

Capítulo 1. Comenzar como afiliado**Capítulo 1. Comenzar como afiliado**

SECCIÓN 1	Introducción.....	5
Sección 1.1	Usted está afiliado a Health Net Seniority Plus Green (HMO), que es un plan de HMO de Medicare	5
Sección 1.2	¿De qué se trata el cuadernillo de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan?	6
Sección 2.1	Los requisitos para la cobertura.....	6
Sección 2.2	¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?	7
Sección 2.3	Área de servicio del plan Health Net Seniority Plus Green (HMO)	7
Sección 2.4	Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le enviaremos?.....	8
Sección 3.1	Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Health Net Seniority Plus Green (HMO).....	10
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima del plan?.....	10
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	10
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan.....	10
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted.....	10
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	11
Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger su información médica	11
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan	12
Sección 7.1	¿Con qué plan se cubren primero los costos cuando usted tiene otro seguro?	12

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está afiliado a Health Net Seniority Plus Green (HMO), que es un plan de HMO de Medicare
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención de salud de Medicare a través de nuestro plan, Health Net Seniority Plus Green (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. *Health Net Seniority Plus Green (HMO)* es un plan Medicare Advantage de HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud), aprobado por Medicare y gestionado por una compañía privada. *Health Net Seniority Plus Green (HMO)* no incluye la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.

La cobertura conforme a este plan se considera cobertura de salud calificada y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué se trata el cuadernillo de <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

Este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* le informa sobre cómo obtener su atención médica cubierta de Medicare a través de nuestro plan. Además, se explican sus derechos y responsabilidades, y lo que está cubierto y lo que debe pagar como afiliado al plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos disponibles para usted como afiliado a Health Net Seniority Plus Green (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios se encuentran disponibles para usted. Le recomendamos que dedique parte de su tiempo a examinar cuidadosamente este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas o inquietudes, o si simplemente quiere hacer una pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Capítulo 1. Comenzar como afiliado**Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*****Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted; le explica cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de parte nuestra sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos, en ocasiones, se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2020. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Nuestro plan debe contar con la aprobación de Medicare todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan todos los años. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como afiliado a nuestro plan mientras nosotros decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan?**Sección 2.1 Los requisitos para la cobertura**

Usted reúne los requisitos para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- Tener Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 le brinda información sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- Vivir en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, a continuación, describe nuestra área de servicio).
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos.
- No tener enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si se presenta la ESRD cuando ya está afiliado a un plan que ofrecemos o si estaba afiliado a un plan Medicare Advantage diferente que haya terminado.

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

Sección 2.2 ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando usted se inscribió originalmente en Medicare, recibió información sobre los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Medicare Parte A suele cubrir los servicios brindados por hospitales (para pacientes internados, 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 servicios del médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros médicos).

Sección 2.3 Área de servicio del plan Health Net Seniority Plus Green (HMO)

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Los Angeles, Riverside y San Bernardino.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el lugar donde se mude.

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

Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal de los Estados Unidos

Los afiliados a los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Net Seniority Plus Green (HMO) si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición. Health Net Seniority Plus Green (HMO) debe cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Capítulo 1. Comenzar como afiliado**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le enviaremos?****Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado al plan: utilícela para obtener toda la atención cubierta**

Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de afiliado siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan. También debe presentarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para que vea cómo será la suya:

 <p><Health Net Seniority Plus> <Plan Name> CMS#: <XXXX-XXX> Effective: <MM-DD-YYYY></p>	<p>FOR MEMBERS Member Services: <1-800-275-4737 (TTY: 711)> Mental Health Benefits: <1-800-848-5610 (TTY: 711)> 24-hr Nurse Advice: <1-800-893-5597 (TTY: 711)> <ca.healthnetadvantage.com></p>	<p>FOR EMERGENCIES Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).</p>
	<p>MEMBER INFORMATION Name: <First MI Last> Member ID#: <XXXXXXXX-XX> Issuer ID: <(80840)> <9151014609></p> <p>PROVIDER INFORMATION PPG Name: <> PPG Phone: <> PCP Name: <> PCP Phone: <> PCP Office Visit: <\$XX></p>	<p>PHARMACY INFORMATION Part B Drugs Only Rx Claims Processor: <CVS Caremark> RXBIN: <004336> RXPCN/RXGRP: <HNET></p>
<p>MEDICAL CLAIMS EDI Payor ID: <68069></p>		<p><Health Net> <Attn: Claims> <P.O. Box 9030, Farmington, MO 63640-9030></p>

En la mayoría de los casos, mientras esté afiliado a nuestro plan, **usted no debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de cuidado de enfermos terminales). Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

Esto es muy importante debido a lo siguiente: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de utilizar su tarjeta de afiliado a Health Net Seniority Plus Green (HMO) mientras esté afiliado a nuestro plan, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total.

Si su tarjeta de afiliado al plan se daña o se pierde, o si se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i>: su guía para todos los proveedores de la red del plan
--------------------	---

El *Directorio de Proveedores* enumera los proveedores de nuestra red.

¿Quiénes son los proveedores de la red?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com.

¿Por qué debe estar informado sobre los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de la red porque, con pocas excepciones, mientras usted está afiliado a nuestro plan, debe visitar a proveedores dentro de la red para obtener atención y servicios médicos. Además, usted puede estar limitado a los proveedores dentro de su red de proveedores de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o de la red de su grupo médico. Esto significa que el PCP o el grupo médico que usted elija pueden determinar el grupo de especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*). Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que nuestro plan autoriza 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 servicios de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus antecedentes, al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede consultar el *Directorio de Proveedores* en ca.healthnetadvantage.com o puede descargarlo de nuestro sitio web. Tanto en el Departamento de Servicios al Afiliado como en el sitio web puede obtener la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores de la red.

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Health Net Seniority Plus Green (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?

Usted no debe pagar una prima mensual aparte para nuestro plan. Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la paguen por usted).

A muchos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare

A muchos afiliados se les exige que paguen otras primas de Medicare. Como se explicó anteriormente en la Sección 2, para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos afiliados (aquellos que no reúnen los requisitos para no tener primas de la Parte A) pagan las primas de Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados pagan la prima de Medicare Parte B. **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer afiliado al plan.**

Su copia de *Medicare y Usted 2020* le informa sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2020”. Esto explica cómo la prima de Medicare Parte B difiere para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* todos los años durante el otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2020* del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono, 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 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su plan específico, incluye su proveedor de atención primaria y grupo médico.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido para usted.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1. Comenzar como afiliado

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o de Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo han admitido en una casa de reposo.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si alguno de estos datos cambia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Lea la información que le enviamos sobre otras coberturas de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información de usted 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 si usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no debe hacer nada. Si la información es incorrecta, vuelva a enviarnos la carta con las correcciones necesarias. Si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger su información médica
--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 6, Sección 1.3, de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros en conjunto con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Con qué plan se cubren primero los costos cuando usted tiene otro seguro?
--

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que determinan quién debe pagar primero, si nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta alcanzar los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, que se denomina “pagador secundario”, solo paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no tenga que pagar el total de los costos no cubiertos.

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

- Si tiene una cobertura para jubilados, se paga primero a través de Medicare.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su propio empleo o el empleo actual de un familiar, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga su empleador, y de si tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o una ESRD:
 - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 100 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge todavía trabajan, el plan de salud grupal paga primero si su empleador tiene 20 empleados o más; o si un empleador, como mínimo, en un plan de varios empleadores, 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 reúna los requisitos para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura, generalmente, pagan primero los servicios relacionados con cada uno de ellos:

- Seguro sin culpa (que incluye seguro de automóvil).
- Seguro de responsabilidad civil (que incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmeles a su médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre el otro seguro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Es posible que tenga que darles su número de identificación de afiliado al plan a las otras aseguradoras a las que está afiliado (una vez que haya confirmado sus identidades), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Health Net Seniority Plus Green (HMO) (cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al Departamento de Servicios al Afiliado del plan).....	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	19
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	21
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare).....	21
SECCIÓN 5	Seguro Social	22
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	23
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria	24
SECCIÓN 8	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?	25

SECCIÓN 1 Contactos de Health Net Seniority Plus Green (HMO) **(cómo comunicarse con nosotros y cómo acceder al** **Departamento de Servicios al Afiliado del plan)**

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturaciones o preguntas sobre las tarjetas de afiliado, llame o escriba al Departamento de Servicios al Afiliado de nuestro plan. Con gusto lo ayudaremos.

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-275-4737</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó, y un representante le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
POR CORREO	<p>Health Net Medicare Programs P.O. BOX 10420 Van Nuys, CA 91410-0420</p>
SITIO WEB	<p>ca.healthnetadvantage.com</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica**

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

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

Forma de comunicación	Decisiones de Cobertura para Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-275-4737</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
POR CORREO	<p>Health Net Medical Management 21281 Burbank Blvd. Woodland Hills, CA 91367</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica**

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

Forma de comunicación	Apelaciones por Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-275-4737</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
POR CORREO	<p>Health Net Attn: Appeals & Grievances Dept. P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre algún proveedor de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. (Si tiene problemas con el pago o la cobertura del plan, deberá consultar la sección sobre cómo presentar una apelación, que aparece más arriba). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Forma de comunicación	Quejas sobre Atención Médica: Información de Contacto
POR TELÉFONO	<p>1-800-275-4737</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
POR CORREO	<p>Health Net Attn: Appeals & Grievances Dept. P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que usted haya recibido**

Para obtener más información sobre situaciones en las que pueda necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que usted haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos*).

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

Forma de comunicación	Solicitudes de Pago: Información de Contacto
POR CORREO	Health Net of California, Inc. P.O. BOX 9030 Farmington, MO 63640-9030
SITIO WEB	ca.healthnetadvantage.com

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (una 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 tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
POR TELÉFONO	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.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Forma de comunicación	Medicare: Información de Contacto
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y las publicaciones actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado.</p> <p>En el sitio web de Medicare también podrá encontrar información detallada sobre las opciones de inscripción y los requisitos para Medicare, a través de las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de requisitos para Medicare: Le proporciona información sobre sus requisitos para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles pueden ser los costos de desembolso con los distintos planes de Medicare. <p>También puede usar nuestro sitio web para presentar, ante Medicare, cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente su queja ante Medicare: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad locales. O puede llamar a Medicare y comentarles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, HICAP).

El HICAP 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 brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Forma de comunicación	Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (SHIP de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	La llamada al 1-800-434-0222 es gratuita. Luego, lo comunicarán con el condado específico del afiliado.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	HICAP 505 12th Street Sacramento, CA 95814
SITIO WEB	www.hicapservices.net

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad en cada estado para brindarles atención a los beneficiarios de Medicare. Para California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

Forma de comunicación	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)
POR TELÉFONO	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los sábados, domingos y feriados nacionales de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Livanta 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos para Medicare y se ocupa de la inscripción. Los ciudadanos estadounidenses y las personas con residencia legal permanente que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplen con ciertas condiciones reúnen los requisitos para Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, 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 local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Forma de comunicación	Seguro Social: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Forma de comunicación	Seguro Social: Información de Contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6**Medicaid**

(un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

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

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

- **Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el programa QMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiarios de Medicare Específicos de Bajos Ingresos (por sus siglas en inglés, SLMB):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el programa SLMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas en Empleo Activo y Discapacitadas Calificadas (por sus siglas en inglés, QDWI):** Este programa lo ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica (por sus siglas en inglés, DHCS).

Forma de comunicación	Medi-Cal, administrado por el Departamento de Servicios de Atención Médica (Programa Medicaid de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-541-5555 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados.
TTY	1-866-784-2595 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Department of Health Care Services Medi-Cal Eligibility P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB	http://www.medi-cal.ca.gov/contact.asp

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con el Consejo de Jubilación Ferroviaria

El Consejo de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Consejo de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través del Consejo de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Forma de comunicación	Consejo de Jubilación Ferroviaria: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante del Consejo de Jubilación Ferroviaria los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m a 3:30 p. m.; y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda Automática del Consejo de Jubilación Ferroviaria y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Forma de comunicación	Consejo de Jubilación Ferroviaria: Información de Contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios grupales de su empleador o de jubilados (o a través de su cónyuge), como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato, o al Departamento de Servicios al Afiliado, si tiene preguntas. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare conforme a 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 afiliado a nuestro plan	29
Sección 1.1	¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?	29
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan	29
SECCIÓN 2	Visite a proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	31
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria para que proporcione y supervise su atención médica	31
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede usted obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?	33
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	33
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de desastre	35
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	35
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia	37
Sección 3.3	Cómo obtener atención en caso de desastre	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	38
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de servicios cubiertos	38
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total	38
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	39
Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?	39
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	40
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de salud	41
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud?	41
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?	42

SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	42
Sección 7.1	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan?	42

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica cubierta como afiliado a nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener su cobertura de atención médica. Proporciona las definiciones de los términos y explica las reglas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y la atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted por esa atención, use la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*).

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

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como afiliado a nuestro plan:

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud que cuentan con licencia otorgada por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros para la atención de salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de salud que tienen contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios que le brinde.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de salud, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan

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

Se cubrirá la atención médica siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).

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

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de la red que proporciona y supervisa la atención.** Como afiliado a nuestro plan, 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 los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben otorgarle una aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan; por ejemplo, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se denomina proporcionarle una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para la atención de emergencia o los servicios requeridos de urgencia. También hay otras clases de atención que usted puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención 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 que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para ver qué significa servicios de emergencia o requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare le solicita a nuestro plan que cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, usted puede obtenerla de un proveedor fuera de la red (no se requiere autorización previa). En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Visite a proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria para que proporcione y supervise su atención médica
--------------------	--

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando se inscribe en nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es su compañero en la salud, quien le ofrece y coordina la atención. Es un profesional de la salud que cumple con requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Puede ser un médico especialista en medicina familiar, medicina general y medicina interna.

Usted obtendrá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también lo ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- rayos X;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención de especialistas;
- admisiones en el hospital;
- atención de seguimiento.

Coordinar los servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En general, usted consultará a su PCP en primer lugar para satisfacer la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Le recomendamos que asigne a un PCP para coordinar su atención. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, para ciertos tipos de servicios y artículos cubiertos, su PCP, un especialista u otro proveedor de la red que lo esté atendiendo deberán obtener autorización previa (aprobación previa) de parte nuestra. Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo para obtener más información sobre los servicios y los artículos que requieren autorización previa.

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

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se inscriba en nuestro plan, usted deberá elegir un grupo médico contratado de la red de Health Net Seniority Plus Green (HMO). También elegirá a un PCP de este grupo médico contratado. Para hacerlo, visite nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com, y elija uno de la red de nuestro plan. El Departamento de Servicios al Afiliado también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame al departamento para informarles. Recuerde que su PCP debe formar parte de nuestra red.

El grupo médico y el PCP pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Si quiere recibir atención de un hospital o un especialista en particular del plan, consulte primero para asegurarse de que estos hospitales o especialistas estén en el grupo médico y en la red del PCP. El nombre del PCP aparece en su tarjeta de identificación.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si utiliza un PCP distinto del que aparece en su tarjeta de identificación, puede generar un costo compartido más alto o el rechazo de sus reclamos. Para obtener más información acerca de cómo cambiar de PCP, consulte “¿Cómo cambiar de PCP?” a continuación.

Si no elige un grupo médico o PCP, o si elige un grupo médico o un PCP que no estén disponibles en este plan, automáticamente le asignaremos un grupo médico o un PCP.

¿Cómo cambiar de PCP?

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba buscar uno nuevo.

Si quiere cambiar su grupo médico o PCP, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. El grupo médico y el PCP del plan pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP del plan que usted elija pueden determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si quiere visitar a especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico y su PCP del plan hacen remisiones a estos especialistas u hospitales.

Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nombre y la información de contacto del nuevo PCP. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si utiliza un PCP distinto del que aparece en su tarjeta de identificación, puede generar un costo compartido más alto o el rechazo de sus reclamos.

En ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar brindándole atención luego de dejar nuestra red. Si quiere obtener detalles específicos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede usted obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP?

Usted puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención de salud de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia de proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acceder a ellos por un breve lapso; por ejemplo, cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio, de manera que podamos ayudarlo a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras está afuera. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- El Capítulo 4, Sección 2.1, detalla qué servicios cubiertos pueden requerir una aprobación por adelantado (remisión) de su PCP.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

En general, para poder consultar a un especialista, usted debe obtener primero la aprobación de su PCP. Esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista. Es muy importante obtener una remisión del PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores del plan. Hay algunas excepciones, que incluyen atención de salud de rutina para mujeres, según se detalla en la Sección 2.2. Si no tiene una remisión antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios.

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

Si el especialista quiere que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión que obtuvo del PCP para la primera consulta cubra más visitas al especialista.

El grupo médico y el PCP pueden realizar remisiones a determinados especialistas del plan y a determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el grupo médico y el PCP que usted elija pueden determinar a qué especialistas y hospitales puede ir. Si quiere visitar a especialistas u hospitales específicos, consulte si su grupo médico o PCP hacen remisiones a estos especialistas u hospitales. En general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere ver a un especialista del plan o ir a un hospital, a los que su PCP actual no puede remitirlo. En la Sección 2.1, en “¿Cómo cambiar de PCP?”, brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP.

Algunos tipos de servicios requerirán una aprobación por adelantado de nuestro plan o grupo médico. Esto se denomina obtener una “autorización previa”. Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitarán esa autorización a nuestro plan o a su grupo médico. La solicitud se revisará, y se les enviará una decisión (determinación de la organización) a usted y a su proveedor. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1, de este cuadernillo para obtener más información sobre los servicios específicos que requieren autorización previa.

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

Es importante que sepa que es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Si necesita ayuda debido a que un especialista o proveedor de la red está por dejar su plan, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica cubierta por Medicare, y un proveedor de la red no puede proporcionar dicha atención, es posible que la obtenga de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay ningún proveedor de la red disponible y, usted debe solicitar al plan autorización para que pueda recibir los servicios de un proveedor fuera de la red. Si dicha solicitud es aprobada, el proveedor fuera de la red será autorizado a brindar los servicios.

Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o servicios requeridos de urgencia fuera del área de un proveedor fuera de la red. Además, nuestro plan debe cubrir servicios de diálisis a los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no tengan acceso a proveedores de la red. Estos servicios deben obtenerse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?**

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni la remisión de su PCP.
- **Asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. El número de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparece en la contraportada de este cuadernillo.

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

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Health Net Seniority Plus Green (HMO) incluye cobertura internacional de emergencia/urgencia. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Medicare no cubre la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, con nuestro plan, puede obtener atención médica de emergencia cubierta fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia para ayudar a controlar y hacer el seguimiento de esa atención. Los médicos que le están proporcionando la atención de emergencia determinarán el momento en que su estado sea estable y la emergencia médica haya pasado.

Una vez que la emergencia haya pasado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado siga siendo estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, haremos lo posible para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan. Una vez que la emergencia haya pasado, la atención de seguimiento de proveedores fuera de la red requiere una autorización del plan para recibir atención continua.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría solicitar atención de emergencia (creyendo que su salud se encuentra en grave peligro), y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

Sin embargo, luego de que el médico haya dicho que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted obtiene dicha atención mediante una de las dos maneras siguientes:

- Consulta a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O* la atención adicional que reciba se considera “servicios requeridos de urgencia”, y usted sigue las reglas para obtener dicha atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios requeridos de urgencia?

Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento. La afección inesperada puede ser, por ejemplo, un rebrote de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre intente obtener servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o no es posible acceder a ellos temporalmente, y no se considera razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la atención esté disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCP o grupo médico. Si estos no están disponibles, busque centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de Proveedores*. También puede encontrar este tipo de centros en ca.healthnetadvantage.com. El Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, explica cuánto debería esperar pagar por los servicios de atención de urgencia cubiertos.

Si no está seguro de si tiene una emergencia o si requiere servicios de urgencia, llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación para conectarse con los servicios de consultas con enfermeras. Como afiliado a nuestro plan, tiene acceso a los servicios de selección o clasificación según las prioridades de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios internacionales fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: atención de urgencia, de emergencia y porterior a la estabilización que se presta fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Este beneficio tiene un límite de \$50,000 por año. Para obtener más información, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este cuadernillo, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 3.3 Cómo obtener atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted conserva el derecho a recibir atención de su plan.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre, visite el sitio web ca.healthnetadvantage.com.

En general, si no puede visitar a un proveedor de la red en tiempos de desastre, podrá obtener la atención de proveedores fuera de la red a través del plan, con el mismo costo compartido que paga dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

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

Si ha pagado más que su parte por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener más 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 que son médicamente necesarios, que están detallados en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este cuadernillo), y que se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable del pago del 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 estaban autorizados.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier atención o servicio médico que espera recibir, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si rechazamos la cobertura de sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene más información sobre lo que debe hacer si quiere obtener una decisión de cobertura de parte nuestra o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted pague por los costos, una vez que haya alcanzado el límite del beneficio, no contará para el desembolso máximo. Por ejemplo, es posible que deba pagar el costo total de la atención en un centro de enfermería especializada que obtenga después de que nuestro plan haya cubierto el límite de beneficio. Una vez que haya agotado su límite de beneficio, los pagos adicionales que realice por el servicio no cuentan para su desembolso máximo anual. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado si quiere saber cuánto de su límite del beneficio ya utilizó.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado “estudio clínico”) es la manera en la que los médicos y científicos evalúan tipos de atención médica novedosos, como la eficacia de un medicamento nuevo contra el cáncer. Evalúan los nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos con la ayuda de voluntarios para el estudio. Esta clase de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a comprobar si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los afiliados a nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaje en él se comunicará con usted para brindarle más información y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos correspondientes, y comprenda y acepte todo lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, se paga, a través de Medicare Original, la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba por participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la aprobación de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

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

Aunque no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted debe informarnos antes hacerlo.**

Si planifica participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para informarles que participará en un estudio clínico y obtener información más específica sobre lo que pagará el plan.

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

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

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización que Medicare pagaría, incluso si usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

A través de Medicare Original, se paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado la parte del costo que le corresponde por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que le corresponde a usted como afiliado a nuestro plan. Esto significa que usted pagará por los servicios que reciba por participar en el estudio el mismo monto que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, encontrará un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que se hace una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte de un estudio de investigación. Supongamos, también, que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 conforme a Medicare Original, pero sería de tan solo \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba, y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagará \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviarnos una solicitud de pago. Deberá enviarnos, con su solicitud, una copia de sus *Avisos de Resumen de Medicare*, o de otra documentación donde se detallen los servicios que usted recibe como parte del estudio y cuánto dinero debe pagar. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

Si participa en un estudio de investigación clínica, **no se cubrirá ninguno de los siguientes artículos o servicios a través de Medicare o de nuestro plan:**

- En general, *no* se pagará a través de Medicare el artículo o servicio nuevo que el estudio esté evaluando, excepto que se cubriera el artículo o servicio aunque usted *no* participara en un estudio.
- Artículos y servicios que se le proporcionen a usted, o a cualquier otro participante en el estudio, en forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar información, y que no se utilicen directamente para su atención de salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección requiriera solo una tomografía.

¿Quiere más información?

Puede obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (*Medicare y 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 no médica de atención de salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de salud?
--------------------	--

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que proporciona atención para una afección que, en general, se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, le proporcionaremos, en su lugar, cobertura para la atención en una institución religiosa no médica de atención de salud. Usted puede elegir buscar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se proporciona para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención proporcionada por una institución religiosa no médica de atención de salud está cubierta por nuestro plan?
--------------------	---

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” son cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médicos que usted obtenga que *no* sean voluntarios ni *se exijan* conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados. Para obtener más información sobre los límites de cobertura para la atención hospitalaria, para pacientes internados, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero luego de realizar una cierta cantidad de pagos, conforme a nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) incluye artículos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones de sistema eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que se deben alquilar.

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

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de pagar copagos por ese equipo durante 13 meses. Como afiliado a nuestro plan, también será propietario de ciertos tipos de equipo médico duradero, después de pagar una serie de copagos por el artículo durante una cantidad específica de meses. Sus pagos anteriores por un artículo de equipo médico duradero, cuando usted tenía Medicare Original, no cuentan para los pagos que usted realice mientras esté afiliado al plan. Si obtiene la propiedad de un equipo médico duradero mientras esté afiliado a nuestro plan y el equipo requiere mantenimiento, el proveedor puede facturarle al plan el costo de la reparación. Además, usted no obtendrá la propiedad de ciertos tipos de equipo médico duradero, sin importar cuántos pagos haya hecho por el artículo, mientras esté afiliado al plan. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) para averiguar sobre los requisitos de alquiler o propiedad de equipo médico duradero, y la documentación que debe proporcionar.

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

Si no se hizo propietario del DME mientras estuvo afiliado a nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no contarán para estos 13 nuevos pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME mientras estaba afiliado a Medicare Original, *antes* de haberse afiliado a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco contarán para los 13 nuevos pagos consecutivos. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Medicare Original para poder obtener la propiedad de ese artículo. No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a utilizar Medicare Original.

CAPÍTULO 4

*Tabla de Beneficios Médicos
(qué está cubierto y
qué paga usted)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Comprender sus costos de desembolso para los servicios cubiertos	46
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos	46
Sección 1.2	Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios.....	46
Sección 1.3	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	47
Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo	47
SECCIÓN 2	Consulte la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará.....	48
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan.....	48
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	86
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	86

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de desembolso para 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 proporciona una lista de sus servicios cubiertos y le indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado a nuestro plan. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de desembolso que es posible que deba pagar por sus servicios cubiertos.

- **Deducible** es el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 le brinda más información acerca de sus deducibles para ciertas categorías de servicios).
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa para Beneficiarios de Medicare Calificados (por sus siglas en inglés, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Muéstrela a su proveedor la prueba del cumplimiento de los requisitos para Medicaid o para el programa QMB, si corresponde. Si considera que lo que debe pagar es incorrecto, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Sección 1.2 Nuestro plan tiene un deducible para ciertos tipos de servicios

Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un deducible de \$35 para servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare. Hasta que sus pagos alcancen el deducible, usted deberá pagar el costo total de los servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos la parte de los costos que nos corresponda por estos servicios, y usted pagará su parte (copago) durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto de desembolso que usted paga anualmente por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan (consulte la tabla de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina monto de desembolso máximo por servicios médicos.

Como afiliado a nuestro plan, lo máximo que usted tendrá que pagar como costo de desembolso por los servicios cubiertos dentro de la red en 2020 es \$3,400. Los montos que usted paga en concepto de copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto de desembolso máximo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios tampoco cuentan para dicho monto. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted alcanza el monto de desembolso máximo de \$3,400, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como afiliado a nuestro plan, una protección importante para usted es que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama “facturación del saldo”. Este mecanismo protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le indicamos cómo funciona este mecanismo de protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor visita:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se estableció en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una remisión).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 **Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará**

Sección 2.1 **Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan**

La Tabla de Beneficios Médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted paga de desembolso por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben ser proporcionados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica y los equipos, suministros y servicios médicos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para visitar a proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) que proporciona y supervisa la atención. En la mayoría de las situaciones, el PCP debe proporcionarle una aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina proporcionarle una “remisión”. El Capítulo 3 le brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtener una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren una aprobación por adelantado se indican en *letra cursiva* en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros datos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que se paga a través de Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2020*. Véalo en línea, en <https://www.medicare.gov>, o solicite una copia por teléfono, 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).

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin cargo conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin cargo para usted. Sin embargo, si usted también es tratado o supervisado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura conforme a Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán tales servicios.



Encontrará esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para este examen de detección.</p>
<p>Servicios de acupuntura</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 30 visitas de acupuntura de rutina (no cubiertas por Medicare) por año calendario. Límite de visitas combinado con servicios quiroprácticos. <p>En la mayoría de los casos, debe visitar proveedores contratados por American Specialty Health Plans of California, Inc. para recibir los servicios cubiertos.</p> <p>Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen de un nuevo paciente o de un paciente existente para la evaluación inicial de un paciente con un problema de salud nuevo o una afección nueva. • Los exámenes de pacientes existentes (dentro de los 3 años a partir de un nuevo examen) 	<p><i>Todos los servicios requieren autorización previa, excepto aquellos de urgencia y emergencia, y los exámenes de nuevos pacientes dentro de la red. American Specialty Health Plans of California, Inc. debe aprobar por adelantado todos los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de acupuntura.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Las visitas de seguimiento al consultorio que pueden incluir servicios de acupuntura o un nuevo examen. • Una segunda opinión de otro proveedor contratado por American Specialty Health Plans of California, Inc. • Servicios de urgencia y emergencia. <p>Es posible que, en caso de emergencia, deba pagarle por adelantado los servicios al proveedor fuera de la red. Debe solicitarle al proveedor que le facture primero a su seguro. Si le facturan los servicios a usted, envíe una copia de la factura y un formulario de reclamos completo a American Specialty Health Plans of California, Inc. Para obtener un formulario de reclamos, llame al 1-800-678-9133 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Los sábados de 12:00 p. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Los formularios de reclamos completos y las facturas deben enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>American Specialty Health Group, Inc. Claims Department P.O. Box 509001 San Diego, CA 92150-9001</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, en helicóptero y por tierra al centro adecuado más cercano que pueda brindar la atención solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si los servicios están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia corresponde cuando se demuestra que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, y el transporte en ambulancia es médicamente requerido. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa para servicios en avión y transporte que no es de emergencia.</i></p> <p>Servicios de ambulancia terrestre: Usted paga un copago de \$125 por cada viaje de un trayecto en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Servicios de ambulancia aérea: Usted paga un coseguro del 5% por cada viaje de un trayecto en ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>Nuestro plan cubre un examen físico anual de rutina, además de la visita anual de bienestar cubierta por Medicare y de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Este beneficio se limita a un examen físico anual de rutina por año.</p> <p>En el examen físico anual de rutina, puede solicitarle a su médico otra visita para plantear preguntas de salud general y analizar problemas y su historial médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen físico anual de rutina.</p> <p>Para todos los demás servicios, consulte la información sobre el costo compartido específico para cada beneficio que aparece más adelante en esta tabla.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, basado en su estado actual de salud y factores de riesgo. Esto se cubre una vez por año.</p> <p>Nota: La primera visita anual de bienestar no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber cumplido con la visita “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar si ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos (es decir, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados de parte del médico.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para afiliados que cumplan con ciertas condiciones, con la remisión de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que son, por lo general, más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p>
<p> Visita para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con un médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de la aspirina (si es apropiado), controlar la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de terapia intensiva del comportamiento para la prevención de enfermedades cardiovasculares.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted presenta un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o cáncer vaginal, o está en edad fértil y tuvo un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de Papanicolaou y pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos por Medicare: manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Servicios quiroprácticos de rutina: hasta 30 visitas por año calendario. El límite de visitas se combina con los servicios de acupuntura. <p>En la mayoría de los casos, debe visitar proveedores contratados por American Specialty Health Plans of California, Inc. para recibir los servicios cubiertos.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Todos los servicios de rutina requieren autorización previa, excepto aquellos de urgencia y emergencia, y los exámenes de nuevos pacientes dentro de la red. American Specialty Health Plans of California, Inc. debe aprobar por adelantado todos los servicios recibidos de un proveedor fuera de la red.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios quiroprácticos de rutina cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen de un nuevo paciente o de un paciente existente para la evaluación inicial de un paciente con un problema de salud nuevo o una afección nueva. • Los exámenes de pacientes existentes (dentro de los 3 años a partir de un nuevo examen), que pueden incluir manipulación de la columna vertebral o las articulaciones, un nuevo examen u otros servicios. • Los rayos X y los servicios de laboratorio cuando los provee o los indica un quiropráctico contratado. Se cobrará un copago individual por los rayos X y los servicios de laboratorio realizados en un ámbito que no sea una visita por un examen de nuevo paciente o de paciente existente. • Servicios de urgencia y emergencia. <p>Es posible que, en caso de emergencia, deba pagarle por adelantado los servicios al proveedor fuera de la red. Debe solicitarle al proveedor que le facture primero a su seguro. Si le facturan los servicios a usted, envíe una copia de la factura y un formulario de reclamos completo a American Specialty Health Plans of California, Inc. Para obtener un formulario de reclamos, llame al 1-800-678-9133 de lunes a viernes de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los sábados, de 12:00 p. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Los formularios de reclamos completos y las facturas deben enviarse a la siguiente dirección:</p> <p>American Specialty Health Group, Inc. Claims Department P.O. Box 509001 San Diego, CA 92150-9001</p>	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita quiropráctica de rutina.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol. • Prueba inmunoquímica fecal. <p>Detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como procedimiento alternativo) cada 24 meses. <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en un período de 48 meses desde la realización de una sigmoidoscopia de detección. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico). 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental preventiva Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exámenes bucales: 2 por año calendario. ○ Limpiezas (profilaxis): 2 por año calendario. ○ Rayos X de aleta de mordida: hasta 4 por año calendario. • Atención dental integral* Los servicios cubiertos incluyen ciertos servicios de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de diagnóstico. <p>Para obtener una lista completa de los códigos dentales cubiertos, visite ca.healthnetadvantage.com.</p> <p>Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o presentar un reclamo, o necesita obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado para beneficios dentales de Health Net Dental de California, al 1-866-249-2382 (TTY: 771), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., hora central.</p>	<p><u>Servicios dentales preventivos e integrales</u></p> <p><u>Dentro y fuera de la red:</u></p> <p>Usted paga un deducible de \$35 por año calendario por los servicios preventivos e integrales* combinados.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental preventivo o integral*.</p> <p>Hay un beneficio máximo combinado del plan de \$500 por año calendario para los servicios preventivos e integrales* tanto dentro como fuera de la red. Usted debe pagar todos los montos que superen el límite de beneficio.</p> <p>* Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. Los exámenes de detección deben realizarse en un ámbito de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucemia en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucemia). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>De acuerdo con los resultados de estas pruebas, puede reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (sean o no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre: monitor del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre, dispositivos tipo lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas. O un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo determinadas condiciones. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre pueden estar limitados a los suministros de determinados fabricantes. Su PCP lo ayudará a disponer o coordinar los servicios cubiertos.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los zapatos terapéuticos o las plantillas cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 10 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o un fabricante en particular, usted podrá solicitar que el proveedor pida el artículo especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia incluye los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y • servicios 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 sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Usted paga \$120 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta. De lo contrario, para pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red, su atención para pacientes internados fuera de la red debe ser autorizada por el plan.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los beneficios enumerados en esta sección son para los servicios prestados dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p>	
<p> Programas de educación sobre la salud y el bienestar Línea de Consultas con Enfermeras</p> <p>El servicio gratuito de asesoramiento telefónico y consultas de enfermería a cargo de personal clínico capacitado. La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para realizar consultas sobre temas de salud.</p> <p>El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado; también puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y pedir que transfieran la llamada.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de la Línea de Consultas con Enfermeras.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones auditivas y de equilibrio de diagnóstico, realizadas por su PCP o proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico, tienen cobertura como atención para pacientes ambulatorios cuando son proporcionadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También cubrimos los siguientes servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba auditiva de rutina: 1 por año calendario. 	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare:</u></p> <p>Usted paga \$10 por cada prueba auditiva cubierta por Medicare.</p> <p><u>Servicios de audición de rutina:</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada prueba auditiva anual de rutina*.</p> <p>* Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.</p>
<p> Detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que presentan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá certificar que usted necesita estos servicios y le pedirá a una agencia de cuidado de la salud en el hogar que se los brinde. Usted debe estar confinado a su hogar, lo cual significa que dejar el hogar constituye un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios sociales y médicos. • Equipos y suministros médicos. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de cuidado de la salud en el hogar cubierta por Medicare.</p>
<p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Reúne los requisitos para el beneficio de cuidado de enfermos terminales si su médico y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnosticaron una enfermedad terminal, con un pronóstico de 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de cuidado de enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal, y no, nuestro plan.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Para los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que están relacionados con su enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado de enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en un programa de cuidado de enfermos terminales, el proveedor de cuidado de enfermos terminales le facturará a Medicare Original los servicios cubiertos por Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no están relacionados con su enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con su <u>enfermedad terminal</u>, el costo de estos servicios dependerá de que usted utilice o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan para aquellos servicios dentro de la red. • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare Original). 	<p>El costo compartido del servicio del médico puede aplicarse a las consultas para pacientes ambulatorios. Consulte la sección “Servicios de médicos/profesionales” de esta tabla para obtener más información sobre el costo compartido para pacientes ambulatorios.</p>
<p><u>Para los servicios cubiertos por nuestro plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> Nuestro plan continuará cubriendo aquellos servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su <u>enfermedad terminal</u>. Usted paga el monto de costo compartido del plan para estos servicios.</p>	
<p>Nota: Si no necesita atención en un centro de cuidado de enfermos terminales (atención que no está relacionada con una enfermedad terminal), deberá comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p>Nuestro plan cubre servicios de consultas en un centro de cuidado de enfermos terminales (por única vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado de enfermos terminales.</p>	

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. 	<p><i>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p> <p>Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted se encuentra en riesgo y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B), consulte la sección de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B, más adelante en esta tabla, para conocer los costos compartidos correspondientes.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p> <p>No hay límites para la cantidad de días cubiertos para hospitalizaciones o admisiones para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión:</p> <p>Días 1 al 5: usted paga un copago de \$200 por día.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios). • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados. • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, dispondremos lo necesario para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se ofrecen fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtener los servicios en un lugar local, siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar las tasas de Medicare Original. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. 	<p>A partir del día 6: usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta. De lo contrario, para pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red, su atención para pacientes internados fuera de la red debe ser autorizada por el plan.</p> <p>* Medicare Original cubre 90 días de atención hospitalaria para pacientes internados agudos. Nuestro plan no tiene límite de días adicionales cuando este servicio sea médicamente necesario. El costo compartido para estos días, si corresponde, no se aplica a su desembolso máximo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe indicar por escrito que lo admitan formalmente en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización en un centro de salud mental.</p> <p>Hay un límite de 190 días de por vida para servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Si usted ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, entonces solo tiene derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días de por vida ya utilizada en el beneficio del plan.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: usted paga un copago de \$900.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una internación sin cobertura</p> <p>Si usted ya agotó sus beneficios para pacientes internados, o si la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos la internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados tipos de servicios que reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente) o el funcionamiento de un órgano interno que tenga una disfunción o no funcione de manera permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste o pérdida, o por un cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Los servicios enumerados seguirán cubiertos conforme a los montos de costo compartido descritos en la Tabla de Beneficios para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio se ofrece a las personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones), pero que no estén en tratamiento de diálisis, o después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica, conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas por año después de eso. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su remisión todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que reúnen los requisitos para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios que reúnen los requisitos de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamientos asociados a la salud que brinda entrenamiento práctico para el cambio nutricional a largo plazo, el aumento de la actividad física y la implementación de estrategias de resolución de problemas a fin de superar el desafío de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa, inclusive para la terapia escalonada.</i></p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado a su hogar, tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: ca.healthnetadvantage.com/reference-documents.html.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los servicios de orientación intensivos para ayudarlo a perder peso. Se cubre esta orientación si la recibe en un ámbito de atención primaria en el que puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la terapia y el examen de detección de obesidad preventivo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides</p> <p>Los servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare Original. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, así como el despacho y administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia de grupo e individual. • Prueba de toxicologías. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada tratamiento en grupo por uso de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada tratamiento individual por uso de opioides cubierto por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • férulas, yesos y otros aparatos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (incluye pruebas complejas, como tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética y tomografía por emisión de fotón único). • Electrocardiogramas. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare, incluidos los materiales y suministros técnicos.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	<p>Usted paga un copago de \$0 por la sangre y los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por los servicios radiológicos de diagnóstico de alta complejidad cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los electrocardiogramas luego de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Si el médico le brinda servicios adicionales a los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios, es posible que se aplique un costo compartido por separado.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o puede recibir el alta.</p> <p>Estos servicios se cubren si cumplen con los requisitos de Medicare y se consideran razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son proporcionados de acuerdo con la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y por los estatutos del personal del hospital para admitir el ingreso de pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada servicio de observación cubierto por Medicare durante una visita a un centro hospitalario ambulatorio.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor haya indicado por escrito que lo admitan como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por cada servicio de observación cubierto por Medicare durante una visita a la sala de emergencia.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga los montos de costo compartido correspondientes que figuran en esta Tabla de Beneficios Médicos para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, como yesos y férulas, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya indicado por escrito que lo admitan como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para los servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, deberá preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Además, podrá encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o por teléfono, si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en distintos entornos, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF).</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de fisioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios para el trastorno de abuso de sustancias, como sesiones de terapia individual y de grupo, proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado con práctica médica, asistente médico u otro programa o profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le van a hacer una cirugía en un centro hospitalario, deberá preguntarle a su proveedor si será paciente ambulatorio o paciente internado. A menos que el proveedor indique por escrito que lo admitan como paciente internado en un hospital, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de internación parcial</p> <p>“Internación parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la atención como paciente internado.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la internación parcial cubierta por Medicare, por día.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Pruebas auditivas y exámenes del equilibrio básicos realizados por su PCP o un especialista si su médico los indica para saber si necesita tratamiento médico. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios de esta sección, incluidos, entre otros, los servicios quirúrgicos profesionales, los servicios de especialistas, los servicios dentales cubiertos por Medicare y otros servicios para pacientes ambulatorios.</i></p> <p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento a cargo de un médico o profesional, para pacientes que se encuentren en determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital, o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal, o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral agudo. • Controles virtuales breves de entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si usted es paciente existente y el control virtual no está relacionado con una visita al consultorio dentro de los 7 días previos ni conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Evaluación a distancia de un video grabado previamente o de imágenes que usted envió a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si usted es paciente existente, y siempre que la evaluación a distancia no esté relacionada con una visita realizada al consultorio dentro de los 7 días previos ni origine una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. 	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$7 por cada visita al consultorio del PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de servicios dentales cubierta por Medicare.</p> <p>Para los servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital u otro centro, usted pagará el monto de costo compartido correspondiente al lugar en el que reciba el servicio específico.</p> <p>Es posible que se deban pagar copagos adicionales para los servicios prestados.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, los arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas (cancerígenas), o los servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico). 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores. <p>Nuestro plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 12 visitas de podiatría de rutina (no cubiertas por Medicare) por año calendario. 	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de podiatría de rutina.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de tacto rectal. Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA). 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de tacto rectal anual.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de PSA anual.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o función del cuerpo, en forma total o parcial. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y con la reparación o el reemplazo de las prótesis. También incluye cierta cobertura después de la cirugía o extracción de cataratas; consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección, para obtener más detalles.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Usted paga un coseguro de 20% por las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los suministros y nutrientes relacionados con la nutrición parenteral y enteral, cubiertos por Medicare. No se cubren los alimentos para bebés y otros productos de supermercado que se puedan licuar y utilizar con el sistema enteral, o cualquier suplemento nutricional adicional (como aquellos para ingesta diaria de proteínas).</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), de moderada a muy grave, y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificados en un ámbito de atención primaria.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de evaluación y orientación para reducir el consumo indebido de alcohol, cubiertos por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (por sus siglas en inglés, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados que reúnen los requisitos son personas de entre 55 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado, por lo menos, 30 paquetes al año, y que actualmente fuman o que han dejado de hacerlo en los últimos 15 años. Además, estas personas reciben una indicación escrita para una LDCT durante una visita de orientación, toma de decisión compartida y detección de cáncer de pulmón, que cumple con los requisitos de Medicare para dichas visitas y que es brindada por un médico o por un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la LDCT inicial:</i> el afiliado debe recibir una indicación escrita para un examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede ser brindada durante una visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden brindar una visita</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y de toma de decisión compartida ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>de orientación y de toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para exámenes subsiguientes con una LDCT, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para la prevención de ITS</p> <p>Cubrimos las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de ITS cuando las pruebas sean indicadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales por año de orientación del comportamiento de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos cada una, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un ámbito de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y orientación para la prevención de ITS, cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). 	<p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada visita de servicios de diálisis renal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de educación para enfermedades renales cubiertos por Medicare, hasta seis sesiones de por vida.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como las visitas de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento de diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua, cuando sea necesario). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B”.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada</p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada, a veces, se denominan “SNF”, por sus siglas en inglés).</p> <p>Usted está cubierto por 100 días por admisión. No se requiere hospitalización antes de la admisión al SNF.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa</i></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día, desde el día 1 hasta el día 20, por la atención en un SNF.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por día, desde el día 21 hasta el día 100, por la atención en un SNF.</p> <p>Usted paga todos los costos por cada día después del día 100.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento y administración de la sangre. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que recibe en un año calendario, o usted u otra persona deberán donar el equivalente. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio generalmente proporcionadas por los SNF. • Rayos X y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. 	<p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención especializada en uno de estos centros durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>
<p>En general, usted obtendrá su atención de SNF en centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, es posible que usted deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de nuestro plan para el pago.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua, donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted deja el hospital. 	

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar)</p> <p><u>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</u> cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos la orientación para dos intentos de dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de los programas para dejar de fumar y de consumir tabaco, cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisada</p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (por sus siglas en inglés, SET) está cubierta para los afiliados con enfermedad arterial periférica (por sus siglas en inglés, PAD) sintomática que cuentan con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento para dicha enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe brindar mediante sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Se debe realizar en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado que cuente con capacitación en la terapia de ejercicios para PAD y que pueda garantizar que los beneficios superan los peligros. 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica que cuente con capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Se puede brindar cobertura para 36 sesiones adicionales de SET una vez cumplidas las 36 sesiones en un período de 12 semanas si un proveedor de atención de salud considera que son médicamente necesarias.</p>	
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>Los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento.</p> <p>El costo compartido de los servicios requeridos de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Los beneficios enumerados en esta sección son para los servicios prestados dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” a continuación en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita de servicios requeridos de urgencia cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Visitas virtuales</p> <p>A través de Teladoc, nuestro plan ofrece acceso virtual a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Una visita virtual, también conocida como “visita de telesalud”, es una visita con un médico, ya sea por teléfono o en línea, con un teléfono inteligente o la cámara web de una computadora. Para obtener más información o programar una cita, llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por visitas virtuales cubiertas a través de Teladoc.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para las personas con diabetes, una prueba de detección de retinopatía diabética una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p><u>Servicios cubiertos por Medicare</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada examen de la vista cubierto por Medicare relacionado con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los lentes y accesorios posteriores a una cirugía de cataratas, cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nuestro plan también cubre lo siguiente:</p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) por año calendario. <p>Productos para la vista de rutina</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 compra de lentes y accesorios de rutina cada 2 años, limitado a 1 juego de marcos y 1 par de lentes de anteojos o lentes de contacto. • Los lentes de contacto desechables son limitados. Debe comprar suficientes pares de este tipo de lentes para alcanzar el monto permitido en una sola visita. Si no utiliza la totalidad del monto permitido durante la compra inicial, el saldo restante no se transferirá. <p>Debe consultar con un proveedor de la vista de la red para recibir beneficios de la vista de rutina.</p>	<p><u>Examen de la vista de rutina</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada examen de la vista de rutina.</p> <p><u>Productos para la vista de rutina*</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes monofocales, bifocales o trifocales*.</p> <p>Usted paga un copago de \$65 por lentes progresivos de primera calidad y estándar. Hay un límite de beneficio de \$120. Usted debe pagar todos los montos que superen el límite de beneficio.</p> <p>Usted tiene una asignación de \$100 para marcos o lentes de contacto en lugar de marcos y lentes de anteojos cada 2 años*.</p> <p>* Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como también educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, en caso de que lo necesite.</p> <p>Importante: Nuestro plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando haga la cita, informe al personal del consultorio del médico que quiere programar la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p><i>Es posible que se necesite autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se solicite una remisión.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</p> <p>“Cobertura internacional de emergencia/urgencia” Se define como atención de urgencia o de emergencia, y servicios posteriores a la estabilización que se prestan fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitada a servicios que serían clasificados como atención de emergencia, de urgencia o servicios posteriores a la estabilización, si se hubieran prestado en los Estados Unidos. • Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que acceder a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. • No están cubiertos los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D que se obtienen en una farmacia de venta minorista fuera de los Estados Unidos. • Los impuestos y cargos extranjeros (incluidos, entre otros, los cargos de conversión de monedas o de transacción) no están cubiertos. 	<p>* Usted paga un copago de \$0 por cada servicio internacional de atención de emergencia, atención de urgencia y de transporte recibido fuera de los Estados Unidos.</p> <p>* Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia.</p> <p>* Si se aplica el costo compartido, cualquier monto que pague por estos servicios no cuenta para el monto de desembolso máximo.</p>

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le brinda información sobre 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 lo cubre.

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia, o bien están cubiertos solo bajo circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. Nosotros no pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación, salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. La única excepción: nosotros pagaremos si se determina, mediante una apelación, que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, de este cuadernillo).

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

Aunque reciba los servicios excluidos en instalaciones de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos, y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original establecen que no son, generalmente, aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original conforme a 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. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierta solo cuando es médicamente necesaria.
Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado asistencial es la atención proporcionada en una casa de reposo, en un centro de cuidado de enfermos terminales o en otro centro, cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de ama en casa incluyen la asistencia básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas ligeras.	✓	
Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Con cobertura en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación. Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y para el seno no afectado a fin de producir una apariencia simétrica.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubiertos solo bajo circunstancias específicas
Atención dental que no es de rutina.		✓ La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Comidas enviadas al hogar.	✓	
Zapatos ortopédicos.		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
Audífonos o exámenes para ajustar audífonos.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente.		✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	✓	
Servicios de naturoterapeutas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Transporte de emergencia internacional para regresar a los Estados Unidos y sus territorios.	✓	

* El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere el servicio continuo del personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, la ayuda para las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	91
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso	91
SECCIÓN 2	Cómo puede solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	93
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago	93
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	94
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto adeudamos.....	94
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica, puede presentar una apelación	94

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo del plan de sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso**

A veces, cuando obtiene atención médica, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otras oportunidades, es posible que se dé cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba de acuerdo con las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de los dos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto se suele denominar “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo, siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan.

También es probable que, a veces, reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, usted debe enviarnos esta factura, en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o el pago de una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o requerida de urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea parte o no de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo debe pagar su parte del costo, no el costo total. Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y solo solicitarle a usted su parte del costo. Pero, a veces, cometen errores y le solicitan que pague más que la parte que le corresponde.

- Solo debe pagar el monto de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado; esto se llama “facturación del saldo”. Este mecanismo de protección (que usted nunca pague más que su monto de costo compartido) se aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque exista una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la facturación del saldo, consulte el Capítulo 4, Sección 1.4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más que lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba conforme al plan.

3. Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo haber sido el año pasado inclusive).

Si usted se inscribió en nuestro plan retroactivamente y pagó costos de desembolso por cualquiera de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación para que nosotros administremos el reembolso.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo solicitar el reembolso y sobre los plazos establecidos para presentar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos**SECCIÓN 2** **Cómo puede solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí****Sección 2.1** **Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago**

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos servirá para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (ca.healthnetadvantage.com) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite el formulario. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Health Net of California, Inc.
P.O. BOX 9030
Farmington, MO 63640-9030

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe qué monto debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos****Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio y cuánto adeudamos**

Al recibir su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De otro modo, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas para obtener la atención, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio, le enviaremos por correo el reembolso que le corresponde de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios médicos cubiertos).
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no le enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar nuestra decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos ni una parte ni el total de la atención médica, puede presentar una apelación

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

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si no tiene experiencia en la presentación de una apelación, le será útil comenzar por el Capítulo 7, Sección 4. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de términos, tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede consultar la Sección 5.3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación para obtener un reembolso por un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado al plan.....	97
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)	97
Sección 1.2	Debemos garantizar que reciba los servicios cubiertos en tiempo y forma ..	98
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	98
Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	99
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	101
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	103
Sección 1.7	Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados	103
Sección 1.8	Evaluación de nuevas tecnologías.....	103
Sección 1.9	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	104
Sección 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos	104
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan	105
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	105

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado al plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--

Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder las preguntas de los afiliados que presentan una discapacidad y que no hablan inglés. Esta información está disponible en forma gratuita, en otros idiomas. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-275-4737 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También podemos proporcionarle información en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos sin cargo si lo necesita. Se nos exige que le brindemos información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con el Departamento de Quejas Formales al mismo número.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede presentar una queja ante Medicare por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye la información de contacto en esta *Evidencia de Cobertura* o en este correo. Para obtener información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

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

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (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. For information in another language, please contact our Member Services at 1-800-275-4737 (TTY :711). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week. We can also give you information in audio, 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 Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Grievance Department at the same number. If you have any trouble getting

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (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) TTY 1-877-486-2048 or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing. You may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2 Debemos garantizar que reciba los servicios cubiertos en tiempo y forma

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 encontrará más información sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como afiliado al plan, tiene derecho a programar citas y a obtener servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma cuando usted necesita esa atención.

Si cree que no está recibiendo atención médica en un plazo razonable, en el Capítulo 7, Sección 9, de este cuadernillo se le indica qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7 se le indica qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal, tal como lo requieren estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y demás información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de la manera en la que se usa su información médica. Le proporcionamos un aviso escrito, denominado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información médica a cualquier persona que no le brinda atención ni que paga por ella, *se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo*. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso por escrito.
- En ciertas situaciones excepcionales, no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted está afiliado a nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información médica. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a los estatutos y las reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber de qué manera se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus expedientes médicos. Si nos solicita que lo hagamos, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a conocer de qué manera se ha compartido su información médica con otras personas por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como afiliado a nuestro plan, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de parte nuestra. (Tal como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra de una manera que le sirva. Esto incluye obtener la información en idiomas distintos del inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los afiliados y las calificaciones de desempeño del plan, es decir, cómo fue calificado el plan por parte de los afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de parte nuestra sobre los antecedentes de los proveedores de nuestra red y sobre cómo 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 Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) o puede visitar nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones a su cobertura y qué reglas debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - **Nota:** Nuestro plan no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que realizan revisiones de la utilización, incluidas aquellas de las entidades delegadas. La toma de decisiones sobre la administración de la utilización se basa únicamente en la adecuación de la atención y del servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para aquellas personas que toman decisiones sobre la administración de la utilización no fomentan las decisiones que provocan la subutilización.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Información sobre el motivo por el cual hay algo que no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna manera, nos puede solicitar una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación, aunque haya recibido el servicio médico de parte de un proveedor fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos tal decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué debe hacer si

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

hay algo que no está cubierto como considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también informa sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los plazos de espera y otras inquietudes).

- Si quiere solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención de salud**

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención de 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 usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del costo de estas o si están cubiertas o no por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar con anticipación si la atención o el tratamiento médicos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. Por supuesto que, si rechaza un tratamiento, usted acepta la responsabilidad total de lo que ocurra en su cuerpo como resultado de eso.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este cuadernillo indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar las decisiones médicas usted mismo

A veces, las personas pierden la capacidad para tomar decisiones sobre la atención de salud debido a accidentes o a una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo quiere*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si algún día pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que quiere que ellos manejen su atención médica si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder legal para la atención de salud**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si quiere usar una instrucción anticipada, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si quiere dar una instrucción anticipada, puede pedirle un formulario a su abogado, a un trabajador social, o lo puede obtener en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces, usted puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en caso de que usted no pueda hacerlo. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

Recuerde que es su decisión si quiere completar una instrucción anticipada (esto incluye firmar una si ya está en el hospital). Por ley, nadie puede denegarle atención ni discriminarlo por el hecho de que haya firmado, o no, una instrucción anticipada.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja con la información pertinente ante el Centro para la Calidad de la Atención de Salud.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este cuadernillo le indica qué puede hacer. Proporciona detalles sobre cómo resolver todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que tenga que solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelación o una queja), **debemos tratarlo de manera imparcial.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Sección 1.7 Tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de responsabilidades y derechos de los afiliados

Si tiene preguntas o inquietudes sobre los derechos y las responsabilidades, o si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los afiliados, comparta lo que piensa con nosotros por teléfono al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos que se desarrollaron recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o que son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos existentes. Cuando corresponde, nuestro plan aplica las determinaciones locales y nacionales de cobertura de Medicare.

En ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la inclusión de nuevas tecnologías, o nuevas aplicaciones de tecnologías existentes, en los planes de beneficios a fin de garantizar que los afiliados tengan acceso a una atención segura y eficaz. Para ello, realiza una evaluación crítica de publicaciones médicas actuales revisadas por expertos homólogos, que incluyen revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohorte, estudios de control de casos, estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente importantes que indican seguridad y eficacia, y la revisión de pautas basadas en la evidencia desarrolladas

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también tiene en cuenta opiniones, recomendaciones y evaluaciones de médicos, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, como sociedades de médicos especialistas, paneles de consenso u otros organismos de evaluación de tecnología o de investigación reconocidos a nivel nacional, e informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud).

Sección 1.9	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

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

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos por cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Es por algún otro motivo?

Si cree que lo han tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el 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 1.10	Cómo obtener más información sobre sus derechos
---------------------	--

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

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- **Llame al SHIP**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Comuníquese con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (*Sus Derechos y Protecciones en Medicare*). (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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 Usted tiene ciertas responsabilidades como afiliado al plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como afiliado al plan. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan los detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud, además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos que requieren receta médica por separado, deberá informarnos.** Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
 - Se nos exige cumplir con las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utiliza toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con otros 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 al médico y a otros proveedores de atención de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado al plan siempre que obtenga atención médica.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Colabore con sus médicos y los demás proveedores para que estos le brinden información, haciendo preguntas y siguiendo el tratamiento propuesto.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores de atención de salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al funcionamiento, sin complicaciones, del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Para poder inscribirse en nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos afiliados deben pagar la prima de Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados deben pagar la prima de Medicare Parte B para permanecer afiliados al plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de recibir el servicio. Esto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si obtiene cualquier servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted deberá pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer afiliado a nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que se puede inscribir en cualquier plan de Medicare disponible en el área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda *dentro de nuestra área de servicio*, también debemos estar al **tanto**, así podremos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o al Consejo de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto correspondiente a estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También estamos abiertos a cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de atención del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA.....	111
SECCIÓN 1 Introducción.....	111
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	111
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?	111
SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	112
Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	112
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?	112
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?	112
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	113
SECCIÓN 4 Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	113
Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general. .	113
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	114
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación? .	115
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	116
Sección 5.1 Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	116
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que se autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere)	117
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	121
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	125
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica?	127

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

SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto	128
Sección 6.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos	129
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	130
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	133
Sección 6.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	134
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	137
Sección 7.1	<i>Esta sección se refiere a tres servicios únicamente:</i> cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios.....	137
Sección 7.2	Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura	138
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado	139
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado	141
Sección 7.5	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	143
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior	146
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos.....	146
PRESENTACIÓN DE QUEJAS		147
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	147
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de presentación de quejas?....	148
Sección 9.2	El nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.....	149
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	150
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	152
Sección 9.5	También puede presentar su queja ante Medicare.....	152

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**INFORMACIÓN BÁSICA****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar los problemas y las inquietudes:

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

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Para garantizar el manejo óptimo e inmediato de sus problemas, cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía que aparece en la Sección 3 lo ayudará a identificar cuál es el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos que se utilizan para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para hacerlo más simple, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales utilizando palabras más sencillas, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, en general, dice “presentar una queja”, en lugar de “presentar una queja formal”; “decisión de cobertura”, en lugar de “determinación de la organización”; y “Organización de Revisión Independiente”, en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede resultar útil (y a veces muy importante) que usted conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos debe emplear lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al abordar su problema y obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos los términos legales cada vez que describimos los detalles para manejar situaciones específicas.

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

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

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Siempre puede comunicarse con el **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema. Además, pueden responder a sus preguntas, proporcionarle más información y ofrecerle orientación sobre qué se debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se presentan 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 (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para abordar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación le resultará de utilidad.

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

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ.**

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la próxima sección de este capítulo: **Sección 4, “Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones”.**

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: un panorama general
-------------	--

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted utiliza para cuestiones, tales como saber si un servicio o medicamento está o no cubierto y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que le brinda atención médica o lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico específico, o si se niega a proporcionarle atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

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

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que el servicio no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. 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 revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto es una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos con todas las reglas de manera apropiada. Su apelación es analizada por revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original. Una vez que hayamos completado la revisión, le informaremos acerca de nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que abordaremos más adelante, usted puede solicitar una decisión acelerada o “decisión de cobertura rápida”, o apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos en forma total o parcial su apelación de nivel 1, su caso irá automáticamente a una apelación de nivel 2. La apelación de nivel 2 se lleva a cabo a través de una organización independiente que no se relaciona con nosotros. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar a través de niveles de apelación adicionales.

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

¿Necesita ayuda? A continuación, se presentan algunos recursos que podrían interesarle si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no se relacione con nuestro plan, comuníquese con el SHIP (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de nivel 1, esta se enviará automáticamente al nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del nivel 2, se debe designar a su médico como su representante.

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

- **Usted puede solicitar a alguna persona que actúe en su nombre.** Si así lo quiere, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Quizás haya una persona que ya esté legalmente autorizada para actuar como su representante de conformidad con la ley de su estado.
 - Si usted quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario “Designación de un Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com). El formulario le otorga a esa persona un permiso para actuar en su nombre. Debe contar con su firma y la de la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **Asimismo, tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le proporciona los detalles de su situación?
--------------------	---

Hay tres tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles para cada una de ellas 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 hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto”. (*Se aplica solo a estos servicios:* cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de ciertas organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este cuadernillo contiene los números de teléfono de este programa).

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

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de los puntos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no lo hizo, es recomendable que lo haga antes de comenzar a leer esta sección.

<p>Sección 5.1</p>	<p>Esta sección indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención</p>
---------------------------	---

Esta sección se refiere a sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para hacerlo más simple, hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. En algunas ocasiones, se aplican reglas diferentes para las solicitudes de medicamentos que requieren receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para solicitar dichos medicamentos y las reglas para obtener artículos y servicios médicos.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No obtiene la atención médica que necesita y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. A través de nuestro plan, no se aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren proporcionarle, y usted cree que está cubierta.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos dicha atención.
4. Ha recibido y pagado atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan y quiere solicitar a nuestro plan un reembolso por esa atención.
5. Se le informa que la cobertura de determinada atención médica que ha obtenido y que se aprobó previamente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que el hecho de reducir o interrumpir esa atención podría dañar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios**, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. A continuación, se indica lo que debe leer en esas situaciones:
 - Capítulo 7, Sección 6: *Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto.*

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

- Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere a tres servicios únicamente: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios.
- Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si se cubrirán la atención o los servicios médicos que solicita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la próxima sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le dijimos que no cubriremos o pagaremos el servicio médico tal como usted quiere?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y que usted mismo pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 **Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura**
(cómo solicitar que se autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted quiere)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura se relaciona con su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

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

Paso 1: Usted solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “ determinación acelerada ”.

Cómo solicitar la cobertura de atención médica que prefiere

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan a fin de solicitar que le autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que quiere. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para proporcionarle nuestra decisión

Cuando tomemos nuestra decisión, usaremos plazos “estándares”, salvo que acordemos usar plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de **artículos o servicios médicos**. Si solicita un **medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta en un plazo de **72 horas** a partir de la recepción de la solicitud.

- **Sin embargo**, para solicitudes de **artículos o servicios médicos**, podemos demorar **hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos 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 apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

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

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

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para artículos o servicios médicos. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
 - **Sin embargo**, para solicitudes de **artículos o servicios médicos, podemos demorar hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para presentar más información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
 - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de utilizar los plazos estándares podría *causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales*.
- **Si el médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que le informaremos al respecto (y, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - La carta también le informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

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

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida sobre una solicitud de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explica anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
 - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de las 72 horas (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), o bien dentro de las 24 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que hemos acordado en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura sobre su solicitud de artículos o servicios médicos, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada escrita que le explique por qué lo hicimos.

Plazos para una decisión de cobertura estándar

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de artículos o servicios médicos, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud**. Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la solicitud.
 - Para solicitudes de artículos o servicios médicos, podemos demorar hasta 14 días calendario más (un “período extendido”) en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

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

- Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, antes de que finalice dicho período), o bien dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 14 días calendario, o dentro de las 72 horas si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de la Parte B, a partir de la recepción de su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura sobre su solicitud de artículos o servicios médicos, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice dicho período extendido.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita que le explique por qué lo hicimos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted debe decidir si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que la reconsideremos, y tal vez cambiemos, esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar obtener la cobertura de atención médica que necesita.
- 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 revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

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

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para empezar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.**
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir el formulario de *Designación de un Representante*, en el que usted autoriza a esta persona para que lo represente. (Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario “Designación de un Representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestro sitio web, ca.healthnetadvantage.com). Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de los 44 días calendario luego de haber recibido su solicitud de apelación (la fecha límite para que tomemos una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso escrito que le explicará su derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviamos el aviso escrito que le informa sobre nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Entre los ejemplos de buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentran el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.
- **Puede solicitarnos una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar la apelación.

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

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos y realizar una solicitud)

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

- Si apela una decisión tomada por nuestro plan acerca de la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionan anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, se la proporcionaremos.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le responderemos antes, si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, cuando su solicitud es para artículos o servicios médicos, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o antes de que finalice el período extendido, si demoramos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud de artículos o servicios médicos **en 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si se trata de la cobertura de servicios que usted aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación si se trata de la cobertura de un medicamento que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, cuando su solicitud es para artículos o servicios médicos, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
 - Si usted considera que *no* debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo correspondiente mencionado más arriba (o antes de que finalice el período extendido si demoramos más días para su solicitud de artículos o servicios médicos), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización independiente y externa revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado en el plazo de los 30 días calendario, o bien de los **7 días calendario** si la solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2.

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

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma total o parcial su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestras decisiones para su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una “apelación rápida” en el nivel 1, también deberá presentar una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación rápida ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es para artículos o servicios médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si usted presentó una “apelación estándar” en el nivel 1, también deberá presentar una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar ante nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es para artículos o servicios médicos, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para artículos o servicios médicos y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos de esa decisión.

- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial una solicitud de artículos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindar el servicio en el plazo de los 14 días calendario a partir de que recibamos la decisión de la organización para solicitudes estándar, o en un plazo de 72 horas a partir de que recibamos la decisión de la organización para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta en forma total o parcial una solicitud de un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento en cuestión en un plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización para **solicitudes estándar**, o en un plazo de **24 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza en forma total o parcial su apelación**, significa que ha acordado con nosotros que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente mantiene 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 usted solicita

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

debe alcanzar una determinada cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cuál debe ser el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de su apelación de nivel 2.
- Un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente resuelve la apelación de nivel 3. La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido en concepto de atención médica?
--------------------	--

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, primero lea el Capítulo 5 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en las que, posiblemente, usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación con la solicitud de reembolso, nos está solicitando 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 por la que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

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

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el plazo de los 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El hecho de enviar el pago es lo mismo que *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le explicará que no pagaremos los servicios y los motivos detallados. (El hecho de declinar su solicitud de pago es lo mismo que *rechazar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y le informamos que no le pagaremos?

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

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

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación. (Si nos solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y que usted mismo pagó, no puede solicitarnos una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 **Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto**

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que deje el hospital.

- El día en que deja el hospital se denomina “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le piden que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, se le proporcionará un aviso escrito denominado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Cualquier persona que tenga Medicare obtiene una copia de este aviso cada vez que se la admite en un hospital. El personal del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe dársela dentro de los dos días posteriores a su admisión. Si no recibe el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). 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.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- El derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- El derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién la pagará.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de alta si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa sobre cómo **solicitar una revisión inmediata**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso de su fecha de alta de manera que su atención hospitalaria esté cubierta por un tiempo más prolongado. (La Sección 6.2 a continuación le indica cómo solicitar una revisión inmediata).

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).
- La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le proporciona su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). La firma en este aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud sobre la calidad de la atención) a mano cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en el que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que se programe el alta.
- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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. También lo puede ver 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 quiere solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso 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 para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de su fecha de alta planificada**. (Su fecha de alta planificada es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).
 - Si usted cumple con ese plazo, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con ese plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

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

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores también leerán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores hayan informado a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que le informará su fecha de alta planificada y le explicará, en detalle, los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina ***Aviso Detallado del Alta***. Puede solicitar un ejemplo de este aviso por teléfono al Departamento de Servicios al Afiliado (los números aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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 bien puede ver un ejemplo de aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.*¿Qué sucede si se acepta su apelación?*

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

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

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con su apelación de nivel 1 y no la cambiará. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si quiere seguir apelando y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar la primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

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

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

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

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de su fecha de alta planificada para verificar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares” para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).

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

- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, estamos manifestando que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.

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

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

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

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación sobre su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta esa decisión, o pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si usted considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección se refiere a tres servicios <u>únicamente</u>: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios</i>
--------------------	--

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que usted está recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que sea considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

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

- **Atención de rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando obtiene cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para esa atención durante todo el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que corresponda, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando nosotros decidamos que es el momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *nosotros interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde de su atención*.

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

Sección 7.2 Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le indicará la fecha en la que nosotros interrumpiremos la cobertura de su atención.
 - El aviso escrito también le indica lo que puede hacer si quiere solicitar a nuestro plan que cambie la decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga brindándole cobertura por un período más prolongado.

Términos legales

Al decirle qué puede hacer, el aviso escrito le está diciendo cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es un modo legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo finaliza su atención. (La Sección 7.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina ***Aviso de No Cobertura de Medicare***. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo) 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). También puede ver una copia en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

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

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

- Usted o alguna persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso. (La Sección 4 brinda información sobre cómo otorgar un permiso escrito para que otra persona actúe como su representante).
- La firma en este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **Esto no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período más prologando, tendrá que usar el proceso de apelaciones para realizar la solicitud. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo hacerlo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). O llame a su SHIP, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización cuenta con un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de interrumpir la cobertura de determinados tipos de atención médica.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

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

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (que haga una revisión independiente) de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- La organización de revisión también leerá su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Antes de que termine el día en el que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, le enviaremos un aviso escrito en el que le explicaremos en detalle los motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Esta explicación del aviso se denomina
Explicación Detallada de No Cobertura.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán de su decisión.***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?*

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que se le informó.** Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención en la fecha que se detalla en el aviso.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta pertenece al “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar a nuestro plan que cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, entonces usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante una apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión que tomó sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

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

A continuación, se presentan los pasos para el nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa por segunda vez su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

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

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

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura** para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que aceptan la decisión que tomamos relacionada con su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted recibe le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.

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

- La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

A continuación, se presentan los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, nosotros volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando fijamos la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares” para darle la respuesta a esta revisión.

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

Paso 3: Nosotros le informamos de nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nosotros aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios más prolongados y que continuaremos proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura).
- **Si nosotros rechazamos su apelación rápida**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y nosotros no pagaremos nuestra parte del costo después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esa atención.

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

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Si rechazamos su apelación de nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada por nosotros de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

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

- Debemos enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas desde el momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de apelación. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (devolverle el pago) nuestra parte de los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían reducir la cantidad que podríamos reembolsarle o la duración de la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que acepta la decisión que nuestro plan tomó relacionada con su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe decidir si quiere seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, hasta llegar a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión, o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador independiente revisará su apelación.
- La Sección 8 de este capítulo le informa más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al nivel 3 o a un nivel superior

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que usted recibe para su apelación de nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí se explica quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez (llamado “juez especializado en derecho administrativo”) o un abogado mediador independiente que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.** Decidiremos si apelamos o no esta decisión en el nivel 4. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento adjunto que sea necesario. Podemos esperar la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez especializado en derecho administrativo o el abogado mediador independiente rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le explicará qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4 La **Junta de Apelaciones** de Medicare (Junta) revisará su apelación y le dará una respuesta. La Junta es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5. A diferencia de lo que ocurre con una decisión tomada en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión de la Junta.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza la apelación o si la Junta rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* terminar o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si la Junta rechaza su apelación, el aviso que usted recibe le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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



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

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

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

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica recibida	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención médica que ha recibido (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente poco eficaz u otras actitudes negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien se comportó de manera ofensiva o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con la forma en la que lo trató el personal del Departamento de Servicios al Afiliado? • ¿Considera que se lo está incitando a abandonar el plan?
Plazos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar mucho tiempo? ¿O le ha sucedido esto con el Departamento de Servicios al Afiliado o con otro integrante del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, esperar mucho tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes, o para obtener un medicamento o una receta médica.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de la clínica, el hospital o el consultorio del médico?
Información que le enviamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le hemos enviado un aviso que debíamos enviarle? • ¿Considera que la información que le dimos por escrito es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Plazos (Estos tipos de quejas están relacionados con los <i>plazos</i> de nuestras decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, utilice ese proceso y no, el proceso de presentación de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no le dimos una respuesta con la rapidez con la que debíamos hacerlo, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros nos negamos a proporcionarla, usted puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, puede presentar una queja. • Existen plazos que se aplican cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos informan que debemos cubrir o reembolsarle los gastos por ciertos servicios médicos. Si considera que no cumplimos con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no hacemos esto en los plazos establecidos, usted puede presentar una queja.

Sección 9.2 **El nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”**

Términos legales

- Lo que esta sección denomina “**queja**” también se llama “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **En general, llamar al Departamento de Servicios al Afiliado es el primer paso.** Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará. El número de teléfono es 1-800-275-4737 (TTY 711), horario de atención: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.
- Si solicita una respuesta por escrito, presente una queja por escrito (queja formal), o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar su queja. Este proceso se denomina “procedimiento de quejas formales”.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece anteriormente. O puede enviarnos por correo una solicitud escrita a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica* o *Quejas sobre Atención Médica*, del Capítulo 2 de este cuadernillo.
 - Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario de ocurrido el problema. Puede presentarnos su queja formalmente por escrito a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica* o *Quejas sobre Atención Médica* del Capítulo 2 de este cuadernillo.
 - Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan pronto como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, y a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de obtener información adicional, y la demora es en su beneficio.
 - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Este proceso se denomina “procedimiento de quejas formales aceleradas”. Usted tiene derecho a una revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:
 - Denegamos su pedido de una revisión rápida de una solicitud de atención médica.
 - Denegamos su pedido de una revisión rápida de una apelación de servicios denegados.
 - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su solicitud de atención médica.
 - Decidimos que es necesario un tiempo adicional para revisar su apelación por atención médica rechazada.

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

- Usted puede presentar este tipo de quejas por teléfono al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la contraportada de este cuadernillo. Además, puede presentarnos su queja por escrito a la dirección que aparece en las secciones *Apelaciones por Atención Médica* o *Quejas sobre Atención Médica* del Capítulo 2 de este cuadernillo. Una vez que recibamos la queja formal acelerada (queja), un médico clínico revisará el caso para determinar los motivos relacionados con la denegación de su solicitud de una revisión rápida o si la extensión del caso fue adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido oralmente y por escrito, dentro de las 24 horas de la recepción de su queja.
- **Por teléfono o por escrito, debe comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato.** La queja debe presentarse en un plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere realizar la queja.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos una “queja rápida” automáticamente.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales
Lo que esta sección denomina “queja rápida” también se llama “queja formal acelerada”.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su queja, o no nos hacemos responsables del problema sobre el cual realiza la queja, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Puede presentar su queja ante nosotros sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones.

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante esta organización y ante nosotros al mismo tiempo.** Si lo quiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 9.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en el sitio web <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Cancelación de su afiliación al plan

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	155
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan....	155
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?.....	155
Sección 2.1	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual	155
Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	156
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial	157
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?	158
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?	158
Sección 3.1	Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan.....	158
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	159
Sección 4.1	Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan.....	159
SECCIÓN 5	Debemos cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones.....	160
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan?	160
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud.....	161
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan	161

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su afiliación a nuestro plan**

La cancelación de su afiliación a nuestro plan puede ser **voluntaria** (por su propia decisión) o **involuntaria** (ajena a su propia decisión):

- Es posible que usted abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
 - Hay solo algunos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en los que usted puede cancelar voluntariamente su afiliación al plan. La Sección 2 le explica *cuándo* puede cancelar su afiliación al plan.
 - El proceso para cancelar su afiliación de manera voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le explica *cómo* cancelar su afiliación en cada situación.
- Existen también algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que se nos exige que cancelemos su afiliación. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que se cancele su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los afiliados tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunos casos, también es probable que reúna los requisitos para abandonar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su afiliación durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Este período se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. 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 los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
 - Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
 - *O* un plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1.º de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su afiliación durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Este período se extiende, todos los años, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
 - Cancelar su afiliación a nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes posterior a haberse inscrito en otro plan Medicare Advantage o a nuestra recepción de su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si usted, además, elige inscribirse en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, su afiliación a dicho plan comenzará el primer día del mes luego de que su plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan**Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un período de inscripción especial**

En algunos casos, es probable que los afiliados a nuestro plan reúnan los requisitos para cancelar su afiliación en otras épocas del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

- **¿Qué personas cumplen con los requisitos para el período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, es probable que reúna los requisitos para cancelar su afiliación durante el período de inscripción especial. A continuación, presentamos algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como una casa de reposo o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE).
- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si cumple con los requisitos para el 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 reúne los requisitos para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos que requieren receta médica. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare (puede elegir un plan que cubra los medicamentos que requieren receta médica o uno que no los cubra).
 - Un plan Medicare Original *con* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
 - O un plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.
- **¿Cuándo se cancelará su afiliación?** Su afiliación finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2020*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos afiliados a Medicare la reciben en el plazo del mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al número de Medicare que figura a continuación.
- 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 puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Generalmente, usted cancela su afiliación al inscribirse en otro plan

Por lo general, para cancelar su afiliación a 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 quiere cambiarse de nuestro plan al plan Medicare Original *sin* un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, debe solicitar que se cancele su afiliación a nuestro plan. Puede solicitar que se cancele su afiliación de dos maneras:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- *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.

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan

El cuadro a continuación explica de qué manera debe cancelar su afiliación al plan.

Si quiere cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Un plan Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> Un plan Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). 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 se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Se cancelará su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su afiliación, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su afiliación, usted sigue afiliado a nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede llevar un tiempo antes de que se cancele su afiliación y entre en vigor su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- Si está hospitalizado el día que se cancela su afiliación, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé de alta** (aun cuando se le dé de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Debemos cancelar su afiliación al plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación al plan?
--

Debemos cancelar su afiliación al plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado aparecen en la contraportada de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (si va preso).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información altera el cumplimiento de los requisitos para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles la atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón, salvo que primero obtengamos un permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios al Afiliado** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo).

Capítulo 8. Cancelación de su afiliación al plan

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Nosotros no podemos solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con la salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. Puede visitar el Capítulo 7, Sección 9, para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso de leyes vigentes	164
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	164
SECCIÓN 3	Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	165
SECCIÓN 4	Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Health Net Seniority Plus Green (HMO).....	165
SECCIÓN 5	Tarjeta de afiliado	168
SECCIÓN 6	Contratistas independientes	168
SECCIÓN 7	Fraude al plan de atención de salud.....	168
SECCIÓN 8	Circunstancias que están fuera del control del plan.....	169

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y también pueden aplicarse algunas disposiciones adicionales porque así lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, se pueden aplicar las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. **No discriminamos** según raza, origen étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia siniestral, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplica por alguna otra razón.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este cuadernillo). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Health Net cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Capítulo 9. Avisos legales

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net a los siguientes números: 1-800-275-4737 (HMO), 1-800-431-9007 (HMO, planes Sapphire y HMO SNP), (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

Si cree que Health Net no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso de los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario. Conforme a las reglamentaciones de los CMS, que figuran en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (por sus siglas en inglés, CFR), nuestro plan, como una organización de Medicare Advantage, tiene los mismos derechos de recuperación que tiene la Secretaría según lo establecido por los CMS en las subsecciones B hasta la D (Título 42, sección 411, del CFR); y las normas establecidas en esa sección superan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a Health Net Seniority Plus Green (HMO)

Si se lesiona

Si alguna vez tiene una lesión causada por las acciones de otra persona o por usted mismo (parte responsable), nuestro plan le brindará los beneficios para todos los servicios cubiertos que usted recibe a través de este plan. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a sus lesiones, ya sea a través de un arreglo, un fallo judicial o cualquier otra forma de pago asociada a sus lesiones, nuestro plan o los proveedores tratantes se reservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya brindado a través de este plan, de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Capítulo 9. Avisos legales

Según se usa en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier parte real o potencialmente responsable de efectuar el pago a un afiliado debido a una lesión, enfermedad o afección. La parte responsable incluye la aseguradora de responsabilidad civil de la parte o cualquier cobertura de seguro.

Estos son algunos ejemplos de cómo usted podría lesionarse a través de las acciones de una parte responsable:

- Tiene un accidente automovilístico.
- Se resbala y se cae en una tienda.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas las recuperaciones que usted reciba, que le pague un tercero o que se hagan en su nombre a través de las siguientes fuentes, entre otras:

- Pagos efectuados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre de un tercero.
- Cobertura para conductores no asegurados o subasegurados.
- Protección contra lesiones personales, cobertura de seguro sin culpa o cualquier otra cobertura de primera persona.
- Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o adjudicación o arreglo por discapacidad.
- Cobertura de pagos médicos conforme a cualquier póliza de automóviles, cobertura de seguro de las instalaciones o del hogar, o cobertura suplementaria.
- Cualquier arreglo recibido tras una acción legal o juicio.
- Cualquier fallo judicial recibido tras una acción legal o juicio.
- Gastos médicos realizados debido a una mala praxis.
- Cualquier otro pago de parte de otra fuente recibido como indemnización por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted reconoce que nuestro plan tiene un derecho de primer grado a la subrogación y a recibir el reembolso que corresponda cuando este plan haya pagado beneficios de atención de salud por gastos realizados a causa de las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recuperen o tengan derecho a recuperar cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también (i) otorga a nuestro plan una cesión de su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos proporcionados por el plan, y (ii) usted acuerda indicar específicamente a tales terceros o compañías de seguros que reembolsen directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios conforme a este plan, usted también le otorga a nuestro plan un derecho de retención de primer grado para cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, y todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo total de los beneficios pagados conforme al plan que estén asociados a lesiones, enfermedades o afecciones causadas por acciones u omisiones de una parte responsable, sin importar si se

Capítulo 9. Avisos legales

identificó específicamente como recuperación de gastos médicos y sin importar si usted recibe una indemnización total o completa por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios brindados por este plan sin tener en cuenta ningún reclamo de culpa realizado por el afiliado, ya sea por negligencia comparativa o de otra manera. No se podrán deducir los honorarios del abogado de la recuperación de nuestro plan, y no es necesario que nuestro plan pague o contribuya con el pago de los costos del tribunal o de los honorarios del abogado contratado para presentar el reclamo o un juicio contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe seguir

Si usted se lesiona por causa de una parte responsable, debe cooperar con las iniciativas de nuestro plan o del proveedor tratante para recuperar sus gastos. Estos esfuerzos incluyen los siguientes:

- Informar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable o del abogado de esta, si los sabe; el nombre y la dirección de su abogado, si está usando tales servicios; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros relacionada con sus lesiones o reclamos; e incluir una descripción de cómo se produjeron las lesiones.
- Completar cualquier trámite que nuestro plan o el proveedor tratante puedan exigirle razonablemente para ayudarlos a hacer cumplir el derecho de retención del caso.
- Responder las preguntas de nuestro plan sobre el estado del caso o del reclamo y las discusiones para llegar a un acuerdo, lo antes posible.
- Notificar inmediatamente a nuestro plan cuando usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de las partes responsables, de cualquier compañía de seguros o de cualquier otra fuente.
- Pagar la cantidad del derecho de retención de atención de salud de cualquier recuperación, arreglo o fallo judicial, o de cualquier otra fuente de indemnización, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan en relación con el costo total de los beneficios pagados conforme al plan relacionados con lesiones, enfermedades o afecciones causadas por una parte responsable, independientemente de si se identificó de manera específica como resarcimiento de gastos médicos, y de que usted reciba una indemnización total o completa por su pérdida.
- No hacer nada que pudiera perjudicar los derechos de nuestro plan según lo establecido anteriormente. Esto incluye, entre otras cuestiones, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del arreglo o la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de denegar el derecho de recuperación en primer grado de nuestro plan; y retener en fideicomiso cualquier suma de dinero que usted o su abogado hayan recibido de las partes responsables o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, la cantidad de la recuperación debida del plan tan pronto como usted o su abogado reciban el pago y antes de pagar a otros posibles titulares de derecho de retención o terceras partes que reclamen el derecho de recuperación.

SECCIÓN 5 Tarjeta de afiliado

La tarjeta de afiliado emitida por nuestro plan conforme a esta *Evidencia de Cobertura* tiene fines de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de afiliado no le confiere derechos a servicios u otros beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, el titular de la tarjeta debe cumplir con los requisitos para la cobertura y ser un afiliado según esta *Evidencia de Cobertura*. Toda persona que reciba servicios a los que no tiene derecho conforme a esta *Evidencia de Cobertura* será responsable del pago de dichos servicios. Al momento de recibir servicios, el afiliado debe presentar su tarjeta de afiliado al plan, no la tarjeta de Medicare. Si necesita que le reemplacen la tarjeta de afiliado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número de teléfono que aparece en la contraportada de este cuadernillo.

Nota: Se puede cancelar la afiliación con motivo justificado de cualquier afiliado que permita, a sabiendas, el uso indebido o el mal uso de la tarjeta de afiliado. Nuestro plan tiene la obligación de denunciar toda cancelación de la afiliación que resulte del mal uso o uso indebido de la tarjeta de afiliado a la Oficina del Inspector General, lo que puede derivar en una sanción penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan, y ni nuestro plan ni ningún empleado de nuestro plan es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso, nuestro plan será responsable de negligencia, actos ilícitos u omisiones de cualquier médico u otro proveedor de atención de salud participante. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el afiliado. Nuestro plan no es un proveedor de atención de salud.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede llevarse a juicio. Cualquier persona que deliberadamente y a sabiendas se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud, mediante la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al seguro.

Si tiene inquietudes con respecto a cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de *Explicación de Beneficios*, o si sabe o sospecha que existe alguna actividad ilegal, llame a la línea directa para denunciar fraudes de nuestro plan, de manera gratuita, al 1-866-685-8664. La línea directa para denunciar fraudes atiende las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias que están fuera del control del plan

En la medida en que un desastre natural, una guerra, una serie de disturbios, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción parcial o completa de instalaciones, una explosión atómica o cualquier otra forma de liberación de energía nuclear, una discapacidad de personal importante del grupo médico o un acontecimiento similar, ajenos al control de nuestro plan, ocasionen que los centros o el personal de nuestro plan no se encuentren disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, la obligación del plan de proporcionar tales servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo, de buena fe, para proveer o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad de sus centros o su personal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta cuando está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de salud o el pago de los 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 nosotros no pagamos un artículo o un servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su afiliación si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una enfermedad de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser proporcionadas por médicos o enfermeros registrados.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están indicados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: un ayudante para el cuidado de la salud en el hogar proporciona servicios que no requieren la capacitación de personal de enfermería o terapeutas con licencia, tal como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Cancelar o cancelación de la afiliación: el proceso de finalizar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro de cuidado de enfermos terminales: un afiliado que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidado de enfermos terminales en su área geográfica. Si usted elige un centro de cuidado de enfermos terminales y continúa pagando las primas, todavía está afiliado a nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidado de enfermos terminales le brindará un tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF): un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del lenguaje y del habla, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos para los pacientes ambulatorios que no necesitan internación y cuya estadía en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Copago: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o un medicamento que requiere receta médica. Un copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, usted puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento que requiere receta médica.

Coseguro: un monto que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios, después de pagar cualquier deducible. El coseguro es, generalmente, un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: costo compartido se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando recibe servicios. Los costos compartidos incluyen una combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier monto de deducible que un plan puede imponer antes de que se cubran los servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan requiere que se pague cuando se recibe un servicio específico.

Cuidado asistencial: es la atención personal proporcionada en casas de reposo, centros de cuidado de enfermos terminales u otras instalaciones, cuando no son necesarias la atención médica o la atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial comprende la atención personal proporcionada por personas que no cuentan con capacitación profesional. Por ejemplo, ayudar en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, sentarse o levantarse de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir un tipo de atención relacionada con la salud de la que la mayoría de las personas puede ocuparse sin ayuda, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: monto que usted debe pagar por la atención de la salud antes de que nuestro plan comience a pagar.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este cuadernillo. El Capítulo 7 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): determinado equipo médico que su médico le indica para uso en el hogar por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, aparatos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital, solicitados por el proveedor para ser utilizados en el hogar.

Evidencia de Cobertura (por sus siglas en inglés, EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan. Como afiliado a nuestro plan, usted solo debe pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo o cualquier otro cargo que supere el monto de costo compartido que el plan establece que usted debe pagar.

Grupo médico: un grupo de dos o más médicos y profesionales no médicos que constituyen legalmente una asociación, corporación profesional, fundación, corporación sin fines de lucro, plan de prácticas profesionales o asociación similar en la que cada médico integrante del grupo brinda todos los servicios que ofrece habitualmente (incluidos atención médica, consultas, diagnóstico o tratamiento) a través del uso común de consultorios, centros, equipos y personal.

Hospitalización: una internación en la que usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado “paciente ambulatorio”.

Ingreso suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o Ayuda Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen con las normas de práctica médica aceptadas.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos que requieren receta médica. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. A través de Medicare, se paga la parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Monto de desembolso máximo: el monto máximo de desembolso que usted paga durante el año calendario por los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B no cuentan para el monto de desembolso máximo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener información sobre su monto de desembolso máximo.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA)”.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o un centro de enfermería especializada. Finaliza cuando usted ha dejado de recibir atención hospitalaria para pacientes internados en cualquier hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un lapso fijo todos los años en el que los afiliados al plan Medicare Advantage pueden cancelar la afiliación a su plan y cambiarse a Medicare Original o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El período de inscripción abierta se extiende desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo de 2020.

Período de inscripción anual: un período fijo en otoño en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de medicamentos o de salud, o pueden cambiarse a Medicare Original. El período de inscripción anual se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un período fijo en el que los afiliados pueden cambiar su plan de medicamentos o de salud, o pueden volver a Medicare Original. Las situaciones por las que puede estar autorizado a un período de inscripción especial incluyen, por ejemplo, el hecho de que se mude fuera del área de servicio, se mude a una casa de reposo o nosotros infrinjamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período durante el cual puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando reúne los requisitos para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después de dicho mes.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage y los Programas Integrales de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE). **Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare):** seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para completar las “brechas” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el plan Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA): a veces llamado Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, una PPO, un plan privado de pago por servicio o un plan con una cuenta de ahorros médicos de Medicare. Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan, y no son pagados conforme a Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos que requieren receta médica). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos que requieren receta médica**. Nuestro plan no incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B cumplen con los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare disponible en su área, a excepción de las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: un plan PACE (Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad) combina servicios sociales, médicos y de atención a largo plazo para personas cuyo estado de salud es delicado, para ayudarlas a permanecer independientes y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a una casa de reposo) tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y los de Medicaid a través del plan.

Prima: pago periódico que se realiza a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar por la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de salud que cuentan con licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para los afiliados a nuestro plan. Con nuestro plan, se paga a los proveedores de la red en función de los contratos que tengan, o si éstos aceptan proporcionarle a usted servicios cubiertos. También se puede hacer referencia a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro con los que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni son administrados por nuestro plan, así como tampoco son de propiedad de este, o no tienen contrato para prestar servicios cubiertos para usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este cuadernillo.

Queja: el nombre completo para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de presentación de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también la definición de “queja formal” en esta lista.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención de salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y B.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapias del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios requeridos de urgencia: los servicios requeridos de urgencia se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad inesperadas que no son de emergencia, pero que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red, o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no tiene acceso a ellos en ese momento.

Terapia escalonada: este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede solicitarle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito, que consiste en probar primero un medicamento distinto, se denomina “terapia escalonada”.

Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Seniority Plus Green (HMO)

Forma de comunicación	Departamento de Servicios al Afiliado: Información de Contacto
POR TELÉFONO	1-800-275-4737 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
POR CORREO	Health Net Medicare Programs P.O. BOX 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
SITIO WEB	ca.healthnetadvantage.com

Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Forma de comunicación	Programa de Orientación y Defensa de los Seguros de Salud (SHIP de California): Información de Contacto
POR TELÉFONO	La llamada al 1-800-434-0222 es gratuita. Luego, lo comunicarán con el condado específico del afiliado.
TTY	711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos) Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.
POR CORREO	HICAP 505 12th Street Sacramento, CA 95814
SITIO WEB	www.hicapservices.net

Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites: Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un formulario de recopilación de información, a menos que este tenga a la vista un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para la recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.