

Desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

En este folleto, se proporcionan detalles acerca de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita.

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

Este plan, Care N' Care Choice MA-Only (PPO), es ofrecido por Care N' Care Insurance Company. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Care N' Care Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Care N' Care Choice MA-Only [PPO]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener más información, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es desde el 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana; desde el 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.

Este documento está disponible en distintos formatos, entre ellos, letra grande. Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, la prima, el deducible y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Y0107_H6328_22_093S_C

Evidencia de cobertura para 2022**Índice**

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro	5
Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes	14
Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan Care N' Care Choice MA-Only (PPO), y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos) y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.	
Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos	27
Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	42
Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponde del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos	108
En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.	
Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades.....	114
Se describen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	

Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	125
En este capítulo, se describe paso a paso lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo la atención hospitalaria y algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.• También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.	
Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan	165
Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.	
Capítulo 9. Avisos legales	173
Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes	176
Explica los términos clave utilizados en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO), que es una PPO de Medicare	6
Sección 1.2	De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	Requisitos necesarios para ser miembro del plan.....	7
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad	7
Sección 2.2	Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare.....	7
Sección 2.3	Esta es el área de servicio para Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	7
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal.....	8
SECCIÓN 3	Qué otra documentación le enviaremos	8
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta	8
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores/farmacias</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Care N' Care Choice MA-Only (PPO).....	9
Sección 4.1	A cuánto asciende la prima de su plan	9
Sección 4.3	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?.....	10
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	10
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....	10
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	11
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida.....	11
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	12
Sección 7.1	Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro	12

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO), que es una PPO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Care N' Care Choice MA-Only (PPO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Care N' Care Choice MA-Only (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO en inglés, significa organización de proveedores preferidos). Este plan no incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Costo (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica de Medicare cubierta a través de nuestro plan. En este folleto, se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios a su disposición como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que se tome el tiempo para leer el folleto *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o preocupa, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted.**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. A veces, estos avisos se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO), desde el 1.º de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Care N' Care Choice MA-Only (PPO). Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos necesarios para ser miembro del plan

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.

Sección 2.2 Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

Aunque Medicare es un programa federal, Care N' Care Choice MA-Only (PPO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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 la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Care N' Care Choice MA-Only (PPO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué otra documentación le enviaremos**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta**

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba algún servicio que cubra el plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que pueda ver cómo será la suya:

FRENTE

		2021 Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	
Member Name:			
MemberID			
HealthPlan (00000)			
Copays:		In-Network	Out-of-Network
PCP:	\$00	\$00	
Specialist:	\$00	\$00	
ER:	\$00	\$00	H0000 000

EJEMPLO

DORSO

In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.
Medicare limiting charges apply.

Members:

Customer Experience Team:	Dental/Hearing/Vision/Over-the-Counter
Toll Free: 877-374-7993	(OTC) Customer Service: 833-492-9866
TTY/TDD: 711	
www.cnchealthplan.com	

Providers:

Prior Auth/Cert/Service: 855-359-9999	Dental Claims: 833-492-9865
Provider Eligibility & Benefits:	Vision Claims: 800-521-3605
844-806-8216 (Representative and IVR)	Medical Claims Phone: 844-806-8216
	Medical Claims Payer ID#: 66010
	Medical Claims Address:
	P.O. Box 4375, Scranton, PA 18505

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios en un centro de cuidados paliativos, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Aquí le explicamos por qué esta condición es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a su Equipo de experiencia al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores/farmacias: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan*

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero (DME).

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos convenido que estos proveedores les brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En nuestro sitio web, <https://www.cnchealthplan.com/search>, encontrará la lista más actualizada de proveedores y suministradores.

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y necesarios por razones médicas. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedirle a su Equipo de experiencia al cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el Directorio de proveedores/farmacias en <https://www.cnchealthplan.com/search> o descargarlo de este sitio web. Tanto su Equipo de experiencia al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

Sección 4.1 A cuánto asciende la prima de su plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Care N' Care Choice MA-Only. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**En algunos casos, la prima del plan podría tener un mayor costo**

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes por dichos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Beneficios complementarios opcionales	Prima mensual del plan
Cláusula dental para Care N' Care	\$26

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Su copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) brinda información sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare 2022”. Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) cada año, en otoño. Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022) del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.3 ¿Podemos modificar 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 próximo, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1.º de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted**

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, una indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias que se encuentra fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna información, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que tiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando 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 es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 6 de este folleto.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan****Sección 7.1 Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro**

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga en primer lugar depende de la edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro contra todo riesgo (incluye seguro de automóviles)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización por accidentes laborales

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

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar su otra información del seguro, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) 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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente del plan).....	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	19
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	21
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare).	22
SECCIÓN 5	Seguro Social	22
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados).....	23
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	24
SECCIÓN 8	Qué sucede si tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador	25

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Equipo de experiencia al cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Choice MA-Only (PPO). Nosotros lo ayudaremos.

Método	Equipo de experiencia al cliente : información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-374-7993</p> <p>Horario: Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.</p> <p>El Equipo de experiencia al cliente también ofrece servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario: Desde el 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana; desde el 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.</p>
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	<p>Care N' Care Insurance Company, Inc.</p> <p>1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300</p> <p>Farmers Branch, TX 75234</p> <p>yourteam@cnchealthplan.com</p>
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar 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, quejas]*).

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

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para presentar 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, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Appeals and Grievances Department 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com/your-rights-2/

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

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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-374-7993</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.</p>
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	<p>Care N' Care Insurance Company, Inc.</p> <p>Attn: Appeals and Grievances Department</p> <p>1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300</p> <p>Farmers Branch, TX 75234</p> <p>yourteam@cnchealthplan.com</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. Attn: Direct Member Reimbursement 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), a veces denominada “CMS”. Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Ofrece información sobre la condición de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>aproximado</i> de los costos que paga de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe sobre su queja a Medicare: Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O puede llamar a Medicare y solicitar la información que desea. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento, Defensa e Información Médica (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información Médica (HICAP) es independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información Médica para seguros de salud (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Formularios, Ayuda y Recursos**” arriba, en el extremo derecho del menú
- En el cuadro desplegable, haga clic en “**Números de teléfono y sitios web**”
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: puede tener un **chat en directo**
 - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú, en la parte inferior
 - Opción 3: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del Programa de Información Médica, Asesoramiento y Promoción (SHIP de Texas)
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services P.O. Box 149030 Austin, TX 74714-9030
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare).

En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama KEPRO.

La KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas)
LLAME AL	1-888-315-0636 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora estándar central)
TTY	1-855-843-4776
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen Enfermedad Renal Terminal (ESRD), y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya recibe los cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Está disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a 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 pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa Medicaid de Texas)
LLAME AL	1-800-252-8263
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 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 de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si pulsa “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://rrb.gov/

SECCIÓN 8 Qué sucede si tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Equipo de experiencia al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan para
obtener servicios médicos*

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

SECCIÓN 1	Aspectos que debe saber acerca de la atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	29
Sección 1.1	Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”	29
Sección 1.2	Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan.....	29
SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica	30
Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica	30
Sección 2.2	Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación de su PCP por adelantado	31
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	31
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe	33
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica.....	33
Sección 3.2	Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos	34
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	35
SECCIÓN 4	Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos	35
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....	35
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total.....	35
SECCIÓN 5	Cómo se cubren los servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”	36
Sección 5.1	Qué es un “estudio de investigación clínica”.....	36
Sección 5.2	Quién paga cada artículo o servicio cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	37
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	38
Sección 6.1	Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	38
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	38
SECCIÓN 7	Normas para quedarse con el equipo médico duradero	39
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado ciertos pagos dentro de nuestro plan?.....	39

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

SECCIÓN 8	Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento.....	40
Sección 8.1	¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho?	40
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?.....	40
Sección 8.3	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?.....	40

SECCIÓN 1 Aspectos que debe saber acerca de la atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la cobertura de atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener más detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y sobre cuánto debe pagar cuando recibe esta atención, utilice la Tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia del estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de costo compartido como pago total. Hemos convenido que estos proveedores les brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para brindar servicios conforme a Original Medicare.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la

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

red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

- Los proveedores de nuestra red aparecen en el *Directorio de proveedores/farmacias*.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo por los servicios cubiertos puede ser más alta.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

¿Qué es un “PCP” y en qué lo puede ayudar?

El PCP (Primary Care Provider), o proveedor de atención primaria, es un médico que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, puede obtener atención de rutina o básica de su PCP.

Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de cabecera o un proveedor de medicina interna. Además de proporcionarle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP arreglará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan. Esto incluye, entre otros:

- Radiografías
- Medicamentos
- Análisis de laboratorio
- Tratamiento
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias
- Atención de seguimiento
- Pruebas de detección

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre la atención que recibe y cómo se va desarrollando. Debido a que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá asegurarse de que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio del PCP.

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

¿Cómo elige al PCP?

Para elegir a su PCP, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente . (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo cambiar de PCP?

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan. Dado el caso, usted deberá elegir a un nuevo PCP de nuestro plan o pagará más para recibir los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha de la solicitud.

Sección 2.2	Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación de su PCP por adelantado
--------------------	---

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente; por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. *Si es posible, infórmenos antes de irse del área de servicio, así podremos ayudarle a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.*

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

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

Care N' Care es una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); esto significa que no es necesario que obtenga remisiones. Usted puede utilizar cualquier PCP o especialista que elija, independientemente de que el proveedor forme parte de la red de Care N' Care o no.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de estar en nuestro plan?

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar su plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible para notificarle que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.

Si necesita ayuda para encontrar otro proveedor, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente . (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesarios por razones médicas. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor**. Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

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

- No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son necesarios por razones médicas. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 7). Esto es importante porque:
 - Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran necesarios por razones médicas, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decidimos no cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que le corresponde del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en ese caso?

Una “**emergencia médica**” es una situación en la que usted o cualquier otra persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata a fin de no perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, dentro de un plazo de 48 horas. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

¿Qué cobertura tiene en caso de emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo pondría su salud en peligro. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan incluye un beneficio de emergencia internacional para todos los miembros. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo finaliza el estado de emergencia médica y su afección está estable.

Como beneficio adicional, nuestro plan brinda cobertura de emergencia en todo el mundo hasta un límite fijo. Este beneficio no incluye atención médica de transporte o que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información y conocer las limitaciones sobre este beneficio.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro), pero el médico le dice que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, la parte que le corresponde del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2	Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos
--------------------	---

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote de una afección conocida.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y necesita atención urgente?

En la mayoría de los casos, si usted se encuentra en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde del costo por su atención será mayor.

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

Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, nosotros le permitiremos recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red por el monto menor de costo compartido que se aplica a los proveedores dentro de la red al ir a un centro de atención de urgencia. Cuando las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o cuando no es posible comunicarse con ellos temporalmente, acuda al centro de atención de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor por un monto de costo compartido menor dentro de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de urgencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos en virtud del beneficio complementario de emergencia/atención de urgencia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un 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 declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web <https://www.cnchealthplan.com/> para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

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

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

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas, estos servicios se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (en el Capítulo 4 de este

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

folleto) y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque no se haya cumplido con las normas del plan.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que está considerando, tiene derecho a preguntar si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decidimos no cubrir sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica.

En el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcance el límite de beneficios, el dinero que gaste en ese servicio no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente cuando desee saber cuánto ya usó de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Cómo se cubren los servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”

Sección 5.1 Qué es un “estudio de investigación clínica”

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica para averiguar, por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, por lo que solicitan la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que les permite a los médicos y a los científicos determinar si un enfoque nuevo funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y para ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

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

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra autorización o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

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

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2	Quién paga cada artículo o servicio cuando usted participa en un estudio de investigación clínica
--------------------	--

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría, aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Original Medicare 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 que corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y sus costos compartidos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de la cómo funciona el costo compartido: Supongamos que se le ha realizado un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que la parte que le corresponde de los costos para este análisis es de \$20 en Original Medicare, pero el análisis saldría \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos la parte que nos corresponde de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

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

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos artículos o servicios que se están analizando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio aun cuando usted *no* esté participando en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios provistos solamente para recolectar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

Sección 6.1 Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro del plan, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica brindados por instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a obtener el tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico “no exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio*, según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médico *no voluntario* u *obligatorio*, según la ley federal, estatal o local.

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

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que ingrese en el centro, ya que de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para quedarse con el equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado ciertos pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos, como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), por lo general, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya hecho por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias, le transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no pudo quedarse con el DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para quedarse con el artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para quedarse con el artículo. No hay excepciones a este caso si usted regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1 ¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Care N' Care Choice MA-Only (PPO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare dentro de la red es: coseguro del 20% y fuera de la red: coseguro del 20%.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).

Si antes de inscribirse en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) había realizado el pago correspondiente a 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) está dentro de la red: coseguro del 20% y fuera de la red: coseguro del 20%.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado un alquiler por el equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Care N' Care Choice MA-Only (PPO), se inscribe en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) y, luego, vuelve a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	43
Sección 1.1	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos	43
Sección 1.2	Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.....	43
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”	44
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	45
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	45
Sección 2.2	Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar.....	84
SECCIÓN 3	Qué servicios no están cubiertos por el plan	102
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	102

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos
--

Para comprender la información sobre los pagos que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que posiblemente deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, se brinda más información sobre sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor el comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente .

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

En nuestro plan existen dos límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es de \$2,500. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por los servicios que recibe de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$2,500 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año cuando consulte a proveedores de

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo** es de \$5,100. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de Medicare de la Parte A y la Parte B que recibe de proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$5,100 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que nuestros proveedores cobren cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una determinada cantidad de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Care N' Care Choice MA-Only (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención, los servicios, los suministros y los equipos médicos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) de Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
 - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
 - No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios de proveedores fuera de la red.
 - Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como sucede con todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* [Medicare y Usted 2022]. Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando 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 (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- A veces, durante el año, Medicare agrega cobertura por medio de Original Medicare para servicios nuevos. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán otras ocho sesiones para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o presenta una regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861®(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asociados médicos (Physician Assistants, PA), el personal de enfermería (Nurse Practitioners, NP)/los especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (identificados en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM). • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad de los Estados Unidos (es decir, Puerto Rico), o en el distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda acupuntura debe estar supervisión apropiada de un médico, PA o NP/CNS, según lo requerido por nuestras reglamentaciones en §§ 410.26 y 410.27 de la Ley 42 del Código de Regulaciones Financieras (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$15 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$40 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano solo si puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la condición médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas. 	<p>Dentro de la red</p> <p>El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$225 por cada servicio de transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$225 por cada servicio de transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p>
	<p><i>Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</i></p>	
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico de rutina anual incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, análisis de diagnóstico radiológico o no radiológico, ni análisis de diagnóstico. Es posible que se aplique costo compartido adicional a todo análisis de laboratorio o de diagnóstico realizado durante su consulta, según se describe para cada servicio separado en esta Tabla de beneficios médicos. No es necesario programar las consultas para exámenes físicos de rutina anuales con una diferencia de 12 meses, ya que se realiza un examen físico por año calendario.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para un chequeo físico de rutina todos los años.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 para un chequeo físico de rutina todos los años.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud y factores de riesgo actuales. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a una consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura de las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran necesarios por razones médicas: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p> <p>Para las gammagrafías óseas de diagnóstico, consulte la sección Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses. <p>Para obtener mamografías de diagnóstico, consulte la sección Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las mamografías de control cubiertas.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), verificar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada cinco años.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha tenido una prueba anormal de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropraxia</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (ajustes de la columna vertebral). 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$40 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>A las personas mayores de 50 años se les cubren los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en heces (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tengan alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como una alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tengan alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección <p>Para obtener Colonoscopias de diagnóstico, consulte la sección Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Exploraciones bucodentales preventivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación bucodental periódica: D0120 ● Exploración bucodental exhaustiva: D0160 ● Nueva evaluación enfocada en un problema: D0170 <p>Dos (D0120, D0160, D0170) cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación bucodental limitada: D0140 <p>Tres cada 12 meses. No se permite con servicios de rutina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen bucal integral – D0150 ● Evaluación periodontal integral: D0180 <p>Una (D0150, D0180) cada 36 meses por proveedor o ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental - Procedimiento menor: D9110 <p>Permitido solo con D0140 y radiografías</p> <hr/> <p>Cubrimos</p> <p>Radiografías dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intrabucal, serie completa: D0210 ● Radiografía panorámica: D0330 ● Radiografía interproximal vertical – D0277 (7 a 8 radiografías) <p>Una (D0210, D0330, D0277) cada 36 meses</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Paga un copago de \$0 por exámenes bucales preventivos</p> <p>Paga un copago de \$0 por radiografías dentales</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Paga un copago de \$0 por exámenes bucales preventivos</p> <p>Paga un copago de \$0 por radiografías dentales</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Primera radiografía intrabucal periapical: D0220 Cada radiografía intrabucal periapical adicional: D0230 <p>Una (D0220) por fecha del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografía intrabucal oclusal: D0240 <p>Dos de (D0240) cada 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografía interproximal única: D0270 Dos radiografías interproximales: D0272 Tres radiografías interproximales: D0273 Cuatro radiografías interproximales: D0274 <p>Una (D0270, D0272, D0273, D0274) cada 12 meses</p> <hr/>	<p>Paga un copago de \$0 por radiografías dentales</p>	<p>Paga un copago de \$0 por radiografías dentales</p>
<p>Cubrimos</p> <p>Limpiezas</p> <ul style="list-style-type: none"> Profilaxis para adultos: D1110 Eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o intensa generalizada, boca completa: D4346 <p>Dos (D1110, D4346) cada 12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de mantenimiento periodontal (después del tratamiento activo): D4910 <p>Cuatro (D4910) cada 12 meses</p> <hr/>	<p>Paga un copago de \$0 por las limpiezas</p>	<p>Paga un copago de \$0 por las limpiezas</p>
<p>Cubrimos</p> <p>Fluoruro</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplicación tópica de barniz de fluoruro: D1206 Aplicación tópica de fluoruro: D1208 <p>Dos (D1206, D1208) cada 12 meses</p>	<p>Paga un copago de \$0 por fluoruro</p>	<p>Paga un copago de \$0 por fluoruro</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Además, Care N' Care ofrece beneficios odontológicos como beneficios complementarios opcionales por una prima mensual adicional. Consulte la tabla de beneficios odontológicos en la Sección 2.2 de este capítulo.</p>		
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o hacer remisiones.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad u antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran las pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>De acuerdo con los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para tener un mínimo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Capacitación para el automonitoreo de la diabetes, los servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear el azúcar en sangre: control de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los controles. (<i>Dispositivos de control y suministros cubiertos limitados a Freestyle, Precision y One-Touch</i>) • Para las personas que tienen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el automonitoreo de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias. 	<p>Dentro de la red</p> <p>El 0% del costo para los suministros preferidos de monitoreo para diabetes (Freestyle, Precision y One-Touch).</p> <p>El 20% del costo para todos los demás suministros de supervisión y de marca para diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo de los zapatos terapéuticos o las plantillas ortopédicas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada capacitación para automonitoreo cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 20% del costo por los suministros de supervisión para diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo de los zapatos terapéuticos o las plantillas ortopédicas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30% del costo por cada capacitación de automonitoreo cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especialmente para usted. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web https://www.cnhealthplan.com.</p>	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	
	<p>Dentro de la red</p> <p>El 20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecidos por un proveedor idóneo que brinda servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia <p>Una emergencia médica es una situación en la que usted o cualquier otra persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata a fin de no perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Los servicios de emergencia están cubiertos fuera del área de servicio en cualquier parte del mundo*.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$100 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$100 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>SilverSneakers® es un programa integral que mejora el bienestar general y la fuerza. Diseñado para todos los niveles y capacidades, este programa brinda acceso a equipos de ejercicios, a clases de ejercicios grupales, a ejercicios en el hogar, a la educación en línea y a un sentido de comunidad. Al estar presente en más de 14,000 lugares de todo el país, los miembros pueden visitar cualquiera de nuestras ubicaciones en cualquier momento.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por los beneficios de ejercicios en SilverSneakers®.</p>	

Si lo internan en el hospital en el plazo de 3 días por la misma afección, no tiene que pagar la parte que le corresponde del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de este folleto para conocer los otros costos.

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 estabilice, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido dentro de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costo compartido fuera de la red de la parte de su estadía posterior a su estabilización.

Copago de \$100 por servicios de emergencia para la cobertura internacional. *Cobertura limitada a \$100,000 para servicios complementarios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas auditivas y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Hasta dos audífonos de marca TruHearing por año (uno por oreja por año). El beneficio se limita a los audífonos avanzados y de calidad superior de TruHearing, que vienen en diversos estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-877-374-7993 para programar una cita (los usuarios de TTY, deben llamar al 711).</p> <p>Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 consultas con el proveedor dentro del primer año de la compra del audífono • Un período de prueba de 45 días • Garantía extendida por 3 años • 48 baterías por audífono <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes auditivos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos de reclamos de garantía por pérdida y daño 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y relacionados con el equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$ 45 por un examen auditivo de rutina*.</p> <p>Copago de \$699 por audífono avanzado*.</p> <p>Copago de \$999 por audífono premium*.</p> <p>*Los exámenes auditivos de rutina y los copagos por los audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$45 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y relacionados con el equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 por un examen auditivo de rutina*.</p> <p>Copago de \$699 por audífono avanzado*.</p> <p>Copago de \$999 por audífono premium*.</p> <p>*Los exámenes auditivos de rutina y los copagos por los audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen un alto riesgo de padecer la infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica en el hogar le brinde estos servicios. El requisito es que usted se vea incapacitado para salir de su hogar, es decir, hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o de un asistente de salud a domicilio, de medio tiempo o de manera intermitente. (Se cubrirán en función del beneficio de atención médica en el hogar. Los servicios de enfermería especializada y de asistentes de salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba de infusión) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados según el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de supervisión para el suministro de medicamentos para infusión en el hogar y el tratamiento de infusión en el hogar a cargo de un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar calificado. <p>Nota: Los servicios de terapia de infusión en el hogar (Home Infusion Therapy, HIT) pueden requerir la coordinación con el suministro de medicamentos para la infusión en el hogar administrados a través de un artículo del equipo médico duradero (DME). Los copagos y el coseguro son aplicables para cada servicio cubierto.*</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$15 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.*</p> <p>El 20% del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare.*</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$40 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo por equipo médico duradero cubierto por Medicare.*</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un diagnóstico de enfermedad terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para los servicios del centro de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, el proveedor del centro de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende del uso de un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga solamente el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por los servicios de fuera de la red. <p><u>Para los servicios cubiertos por Care N' Care Choice MA-Only pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Care N' Care Choice MA-Only seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Care N' Care Choice MA-Only (PPO).</p> <p>No paga nada por la atención en un centro de cuidados paliativos a través del programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte del costo de los medicamentos y el relevo.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Nota: Si necesita atención no relacionada con los cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>		
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno, y vacunas antigripales adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y estas vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por cada vacuna preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo en hospitales y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de terapia intensiva o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas • Costos del quirófano y de la sala de recuperación 	<p>Dentro de la red</p> <p>Días 1 a 6: copago de \$50 por día Días 7 en adelante: copago de \$0 por día</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 10% del costo</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del modelo de atención comunitaria, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Care N' Care Choice MA-Only brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige realizar el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de eritrocitos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios					
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p><i>En la página anterior, se enumera la información del servicio, incluidos los requisitos y la información sobre los copagos.</i></p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></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 un límite de por vida de 190 días por atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p>	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p> <table border="1" data-bbox="911 1142 1570 1461"> <thead> <tr> <th data-bbox="911 1142 1260 1251">Dentro de la red</th> <th data-bbox="1260 1142 1570 1251">Fuera de la red</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="911 1251 1260 1461">Copago de \$1,500 para una estadía cubierta por Medicare</td> <td data-bbox="1260 1251 1570 1461">El 20% del costo de una estadía cubierta por Medicare</td> </tr> </tbody> </table>		Dentro de la red	Fuera de la red	Copago de \$1,500 para una estadía cubierta por Medicare	El 20% del costo de una estadía cubierta por Medicare
Dentro de la red	Fuera de la red					
Copago de \$1,500 para una estadía cubierta por Medicare	El 20% del costo de una estadía cubierta por Medicare					
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (Skilled Nurse Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos. 	<p><i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i></p> <table border="1" data-bbox="911 1470 1570 1934"> <thead> <tr> <th data-bbox="911 1470 1260 1934">Dentro de la red</th> <th data-bbox="1260 1470 1570 1934">Fuera de la red</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="911 1470 1260 1934"></td> <td data-bbox="1260 1470 1570 1934"></td> </tr> </tbody> </table>		Dentro de la red	Fuera de la red		
Dentro de la red	Fuera de la red					

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico de atención primaria - Especialista • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) <ul style="list-style-type: none"> - en un laboratorio - en un centro para pacientes ambulatorios • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debidos a roturas, desgastes, pérdidas o cambios en el estado físico del paciente • Fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional 	<p>Copago de \$0 Copago de \$10</p> <p>Copago de \$0 Copago de \$6 El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo</p> <p>Copago de \$10</p>	<p>Copago de \$20 Copago de \$20</p> <p>Copago de \$10 Copago de \$25 El 30% del costo</p> <p>El 20% del costo El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo</p> <p>Copago de \$20</p>
<p>Beneficios de comidas</p> <p>Dos (2) entregas de 15 comidas. Este beneficio solo es elegible para miembros que han sido dados de alta después de una hospitalización en un hospital de cuidados agudos o para la gestión de miembros con afecciones crónicas aprobadas con autorización previa.</p>	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p> <p>Dentro de la red Copago de \$0</p>	<p>Fuera de la red Copago de \$30</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no en tratamiento con diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando un médico lo remite.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después del primer año. Si cambian su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento, con una remisión del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP (Medicare Diabetes Prevention Program) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar las dificultades a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de 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, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio 	<p>Dentro de la red</p> <p>El 20% del costo para medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>El 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 30% del costo para medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>El 30% del costo por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero, como nebulizadores, autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministra por medio de una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura ósea que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>Algunas categorías de medicamentos de la Parte B pueden estar sujetas al tratamiento escalonado de la Parte B.</p>	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	
<p> Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de programas de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un programa de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos asistidos con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración del MAT (si corresponde). • Asesoramiento por el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis toxicológicos. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$25 por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$50 por cada servicio de tratamiento para opioides cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías <ul style="list-style-type: none"> - incluidas dentro de la consulta con el médico - en un centro para pacientes ambulatorios • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y los servicios de técnicos <ul style="list-style-type: none"> - Ecocardiografía con un monto aprobado entre \$100 y \$300. - Ecocardiografía con un monto aprobado superior a \$300. - Ecografía - Tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), prueba de esfuerzo nuclear, ecocardiografía de esfuerzo, tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y otros servicios, como la gammagrafía ósea de diagnóstico - Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • - Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> - en un laboratorio - en un centro para pacientes ambulatorios • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de eritrocitos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> - en el consultorio de un médico - en un centro para pacientes ambulatorios - prueba de esfuerzo en caminadora, prueba de función pulmonar o estudio del sueño 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 Copago de \$0</p> <p>Copago de \$50 Copago de \$150 Copago de \$50 Copago de \$150</p> <p>El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo El 20% del costo</p> <p>Copago de \$0 Copago de \$5 Copago de \$0 para la sangre después de las 3 primeras pintas</p> <p>Copago de \$0 Copago de \$6 Copago de \$100</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$10 Copago de \$25</p> <p>Copago de \$75 Copago de \$175 Copago de \$75 Copago de \$200</p> <p>El 30% del costo</p> <p>El 20% del costo El 20% del costo</p> <p>Copago de \$10 Copago de \$25 El 30% del costo para la sangre después de las 3 primeras pintas</p> <p>Copago de \$10 Copago de \$25 Copago de \$150</p>
<i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i>		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o si puede recibir el alta.</p> <p>Para que estén cubiertos los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare, y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando está indicado en la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen al hospital como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que le corresponden por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$100 por los servicios de observación cubiertos por Medicare</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$225 por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en los consultorios externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o de una lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en una sala de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$100 para Servicios hospitalarios cubiertos por Medicare. Copago de \$100 por servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$225 servicios hospitalarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$225 por los servicios de observación cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización parcial - Terapia grupal para pacientes ambulatorios - Consulta de terapia individual • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital <ul style="list-style-type: none"> - Radiografías - Ecocardiografía con un monto aprobado entre \$100 y \$300. - Ecocardiografía con un monto aprobado superior a \$300. - Ecografía - CT, MRI, MRA, PET, prueba de esfuerzo nuclear, ecocardiografía de esfuerzo, estudio de SPECT y otros servicios - Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Suministros médicos, como tablillas y yesos • Ciertas pruebas de detección y servicios preventivos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen al hospital como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que le corresponden por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	<p>Copago de \$6</p> <p>Copago de \$55 Copago de \$35 Copago de \$35</p> <p>Copago de \$6 Copago de \$50 Copago de \$150 Copago de \$50 Copago de \$150</p> <p>El 20% del costo</p> <p>El 20% del costo Copago de \$0 El 20% del costo</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$25</p> <p>Copago de \$100 Copago de \$50 Copago de \$50</p> <p>Copago de \$25 Copago de \$75 Copago de \$175 Copago de \$75 Copago de \$200</p> <p>El 30% del costo</p> <p>El 20% del costo Copago de \$30 El 30% del costo</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, 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>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, personal de enfermería, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental con licencia estatal y calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal.</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta de terapia individual con un tipo diferente de especialista cubierta por Medicare y copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$50 por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y copago de \$50 por cada consulta de terapia grupal.</p> <p>Copago de \$50 por cada consulta de terapia individual con un tipo diferente de especialista cubierta por Medicare y copago de \$50 por cada consulta de terapia grupal.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como los consultorios externos de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$10 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada consulta de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red Copago de \$20 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones grupales e individuales para el tratamiento por consumo de sustancias.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$35 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$35 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red Copago de \$50 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
	<p>Dentro de la red:</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$50 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio por servicios quirúrgicos.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$50 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio por servicios quirúrgicos.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Hospital para pacientes ambulatorios Copago de \$100 por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de \$100 por los servicios de observación cubiertos por Medicare</p>	<p>Hospital para pacientes ambulatorios Copago de \$225 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de \$225 por los servicios de observación cubiertos por Medicare</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC), como vitaminas, protección solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfrío, y vendajes.</p> <p>Tiene 2 opciones para realizar el pedido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En línea: visite https://livewell.medline.com/CNC - Por teléfono, llame sin cargo al Representante de servicio de atención al cliente de medicamentos OTC al 833-492-9866 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora estándar central. <p>Sin costo adicional para usted, su pedido se enviará a la dirección que usted proporcione al realizar el pedido.</p> <p>Consulte su Catálogo de productos OTC para 2021 para obtener una lista completa de los artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante del Servicio de Atención al Cliente de OTC para obtener más información.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted tiene \$30 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios de OTC son enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre.</p> <p>Si no utiliza todo el monto de beneficios de venta libre trimestral cuando haga el pedido, el saldo restante NO se pasará al próximo período de beneficios de venta libre.</p> <p>Cualquier monto de beneficios de OTC sin usar vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios.</p> <p>Nota: Si agota el beneficio trimestral de OTC, es posible que aún solicite en el catálogo mediante su propio método de pago que paga de su bolsillo.</p>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el 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 y suministrados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, los consultorios externos de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidas las consultas en el consultorio del médico que se ofrecen a través de los servicios de su médico o profesional. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por medio de la telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios a cargo de telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca el servicio por telesalud. ○ <i>Servicios de médicos de atención primaria</i> ○ <i>Sesiones individuales para servicios especializados en salud mental</i> ○ <i>Sesiones grupales para servicios especializados en salud mental</i> • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el domicilio. Dichas consultas se realizan en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$55 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con su PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Para obtener servicios prestados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” en la página anterior.</p> <p>Copago de \$0 para los médicos de atención primaria.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$100 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta con su PCP cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Para obtener servicios prestados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” en la página anterior.</p> <p>Copago de \$20 para los médicos de atención primaria.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental asociado, independientemente de su ubicación. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico entre 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> • No es paciente nuevo y • El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y • El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha disponible más cercana. • Evaluación de videos y/o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> • No es paciente nuevo y • La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y • La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha disponible más cercana. • Interconsulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante un registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, al arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, a la extracción de dientes para preparar la mandíbula para radioterapia de cáncer neoplásico o a los servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico). 	<p>Copago de \$35 por sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.</p> <p>Copago de \$35 por sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.</p>	<p>Copago de \$50 por sesiones individuales de servicios especializados de salud mental.</p> <p>Copago de \$50 por sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de podología</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 espolón calcáreo). • Cuidado de rutina para los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$50 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para hacerse un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por una prueba anual de PSA cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una parte o una función del cuerpo en su totalidad o parcialmente. Los dispositivos incluyen bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	
	<p>Dentro de la red</p> <p>El 20% del costo de los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo de los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 20% del costo de los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo de los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son adictos al alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos cubiertos por Medicare para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low-Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Estos son los miembros elegibles: personas entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de por lo menos 30 paquete-años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para la LDCT durante una consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y durante una consulta de toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y las brinda un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionada durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón posterior con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un alto riesgo de tener una ETS cuando un proveedor de atención primaria solicita las pruebas. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenir estas ETS cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio del médico.</p>		
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos para las enfermedades renales para enseñarles a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y la persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para monitorear su diálisis en el domicilio, para ayudar en caso de emergencia, y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>El 20% del costo por la capacitación para hacerse autodiálisis.</p> <p>El 20% del costo por equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</p> <p>El 20% del costo por servicios de apoyo a domicilio.</p> <p>El 20% del costo por medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 30% del costo por servicios educativos cubiertos por Medicare sobre enfermedades renales.</p> <p>El 30% del costo por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30% del costo para la capacitación para la autodiálisis.</p> <p>El 20% del costo por equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</p> <p>El 30% del costo para servicio de apoyo en el hogar.</p> <p>El 30% del costo por medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “Atención en un centro de enfermería especializada”. que suele denominarse “SNF [Skilled Nursing Facility]”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (se incluyen sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de eritrocitos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que normalmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios médicos o profesionales <p>En general, usted obtendrá la atención de los SNF en centros del plan. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital. 	<p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p> <p>Dentro de la red</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 5, copago de \$10 por día para los días 6 a 20, copago de \$100 por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>El 10% del costo</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable para pacientes internados o ambulatorios. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El SET (Supervised Exercise Therapy) está cubierto para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y una remisión para la PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que comprendan un programa de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación; • llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en tratamiento con ejercicios para la PAD; • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de SET cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada consulta de SET cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación)</p> <p>El SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas durante 36 sesiones adicionales en un período extendido si un proveedor de atención médica considera que es necesario por razones médicas.</p>		
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$100 por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$100 por los servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*</p>
	<p>*Cobertura limitada a \$100,000 para servicios complementarios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanounidenses de 65 años o más. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$20 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$35 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 por una prueba de detección de glaucoma anual cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, se cubre una única prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si se realiza 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). • Lentes correctivas/monturas (y reemplazos) que deben usarse después de la extracción de cataratas en la que no se implanta una lente. • Examen de la vista de rutina (hasta uno por año) • Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes). Los montos que superen el máximo del beneficio corren a cargo del miembro. <p>** Con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completo.</p>	<p>Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas con un monto máximo de beneficio que no debe superar los \$150**.</p> <p>Copago de \$0 para exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Copago de \$0 para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) hasta el monto máximo de beneficio que no debe superar los \$150.</p>	<p>Copago de \$30 para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas con un monto máximo de beneficio que no debe superar los \$150**.</p> <p>Copago de \$35 para exámenes de la vista de rutina.</p> <p>Copago de \$30 para lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) hasta el monto máximo de beneficios que no supere los \$150**.</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio del médico que quiere programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar**

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que Original Medicare no cubre y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman “**beneficios complementarios opcionales**”. Si desea recibir estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Cláusula dental para Care N' Care

- \$26 de prima mensual
- Máximo de beneficio anual (Annual Benefit Maximum, ABM) de \$7,500
- Sin deducible anual
- Solo los procedimientos integrales se tendrán en cuenta para el ABM
- No se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) del plan
- Sin período de espera después de la inscripción
- Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.
- Los miembros serán responsables de la diferencia entre el costo dentro de la red y el monto enviado por los servicios fuera de la red.

Servicios básicos de restauración (empastes)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2140	Empaste de amalgama: una superficie, primarios o permanentes	Una restauración por diente por superficie, una vez cada 24 meses. * Los servicios de restauración no están permitidos si se prestaron servicios de coronas para la superficie.	20% del costo
D2150	Empaste de amalgama: dos superficies, primarios o permanentes		
D2160	Empaste de amalgama: tres superficies, primarios o permanentes		
D2161	Empaste de amalgama: cuatro superficies, primarios o permanentes		
Restauración con resina (empastes)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anteriores	Una restauración por diente por superficie, una vez cada 24 meses. * Los servicios de restauración no están permitidos una vez que se prestan servicios de coronas.	20% del costo
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores		
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores		
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, anteriores		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Restauración con resina (empastes)* (continuación)			
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anteriores		
D2391	Compuesto a base de resina: una sola superficie, posteriores		
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores		
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores		
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores		
Restauraciones de incrustación/recubrimiento*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	Una restauración por diente cada 60 meses * Estos servicios requieren autorización.	20% del costo
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies		
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies		
D2542	Recubrimiento: metálico, dos superficies		
D2543	Recubrimiento: metálico, tres superficies		
D2544	Recubrimiento: metálico, cuatro o más superficies		
D2610	Incrustación: porcelana/cerámica, una superficie		
D2620	Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies		
D2630	Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D2642	Recubrimiento: porcelana/cerámica, dos superficies		
D2643	Recubrimiento: porcelana/cerámica, tres superficies		
D2644	Recubrimiento: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies		
D2650	Incrustación: compuesto a base de resina, una superficie		
D2651	Incrustación: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2652	Incrustación: compuesto a base de resina, tres o más superficies		
D2662	Recubrimiento: compuesto a base de resina, dos superficies		
D2663	Recubrimiento: compuesto a base de resina, tres superficies		
D2664	Recubrimiento: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Coronas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2710	Corona: resina (indirecta)	Una restauración por diente cada 60 meses * Estos servicios requieren autorización.	50% del costo
D2712	Corona: 3/4 de compuesto a base de resina (indirecta)		
D2720	Corona: resina con metal altamente noble		
D2721	Corona: resina con metal predominantemente base		
D2722	Corona: resina con metal noble		
D2740	Corona: porcelana/cerámica		
D2750	Corona: porcelana pura con metal altamente noble		
D2751	Corona: porcelana pura con metal predominantemente base		
D2752	Corona: porcelana pura con metal noble		
D2753	Corona: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido		
D2781	Corona: 3/4 de metal predominantemente base fundido		
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido		
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica		
D2790	Corona: completa de metal altamente noble fundido		
D2791	Corona: completa de metal predominantemente base fundido		
D2792	Corona: completa de metal noble fundido		
D2794	Corona: titanio		
D2799	Corona provisoria	Incluida en el beneficio de la corona	
Restauraciones importantes			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2910	Recementado o readhesión de incrustación, recubrimiento, carilla o restauración de cobertura parcial	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo
D2915	Recementado o readhesión fabricados indirectamente		
D2920	Recementado o readhesión de corona		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Restauraciones importantes (continuación)			
D2940	Restauración protectora: colocación directa de un material de restauración para proteger la forma del diente o tejido. Este procedimiento también puede ser utilizado para aliviar el dolor, estimular la sanación o prevenir el empeoramiento.	Una vez por diente de por vida.	
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pines cuando sea necesario	Uno de (D2950, D2952, D2954) una vez por diente cada 60 meses. No se permite con restauración de resina o amalgama.	50% del costo
D2952	Perno y muñón: además de la corona, fabricados indirectamente		
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona		
D2951	Retención de pines: por diente, además de la restauración	Una vez por diente cada 60 meses con restauración de resina o amalgama. Se incluyen con estos servicios: D2950, D2952 y D2954.	
D2953	Cada perno adicional, el mismo diente, fabricado indirectamente	Uno por diente cada 60 meses incluido con D2952	
D2980	Reparación de la corona por falla en materiales de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	
D2990	Infiltración de resina en lesión incipiente de la superficie lisa	Uno de (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990), una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses.	
D2999	Procedimiento de restauración sin especificar, por informe*	Se requiere autorización. * Explicación de la necesidad médica y la descripción del servicio.	
Pulpotomía			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3220	Pulpotomía terapéutica	Uno de (D3220 o D3221) una vez por diente, de por vida. No se permite en conjunto con un tratamiento de conducto con el mismo proveedor/ubicación en un plazo de 90 días.	50% del costo
D3221	Desbridamiento pulpar macroscópico de dientes primarios y permanentes		
Tratamiento de conducto			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3310	Endodoncia (tratamiento de conducto), anteriores	Una vez por diente permanente de por vida.	50% del costo

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D3320	Endodoncia (tratamiento de conducto), premolares		
D3330	Endodoncia (tratamiento de conducto), molares		
Tratamiento de conducto (continuación)			
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico		
D3346	Repetición del tratamiento de conducto previo, anteriores		
D3347	Repetición del tratamiento de conducto previo, premolares		
D3348	Repetición del tratamiento de conducto previo, molares		
D3999	Procedimiento de endodoncia sin especificar*	Se requiere autorización. * Explicación de la necesidad médica y la descripción del servicio.	
Servicios de apicectomía/perirradiculares*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3410	Apicectomía, anteriores	Una vez por diente permanente de por vida.	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D3421	Apicectomía/perirradicular: premolares (primera raíz)		
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molares (primera raíz)		
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)		
D3430	Empaste retrógrado	Una vez por diente de por vida.	
Servicios quirúrgicos de periodoncia*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Uno de (D4210, D4211) una vez por cuadrante cada 36 meses, por paciente.	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D4211	Gingivectomía de gingivoplastia: de uno a tres dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4240	Procedimiento de colgajo de gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4241	Procedimiento de colgajo de gingival, incluido el alisado radicular: de uno a tres dientes enfermos contiguos o		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

	espacios delimitados por dientes por cuadrante		
--	--	--	--

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios quirúrgicos de periodoncia* (continuación)			
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes enfermos contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo gingival): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante		
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	Una vez por diente permanente de por vida.	
Servicios periodontales complementarios			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes enfermos por cuadrante*	Uno de (D4341 o D4342), una vez por cuadrante cada 36 meses.	50% del costo
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: 1 a 3 dientes por cuadrante		*D4341 requiere autorización
D4355	Desbridamiento total de la boca para permitir la evaluación y el diagnóstico integrales	Uno cada 36 meses.	
Otros servicios periodontales*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4999	Procedimiento periodontal no determinado: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio	* Requiere autorización	50% del costo
Dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses.	50% del costo
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses.	
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez de por vida.	
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez de por vida.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Dentaduras postizas parciales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses.	50% del costo
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de resina		
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar: base flexible		
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses.	
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de resina		
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular: base flexible		
D5221	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base de resina	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez de por vida.	
D5223	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: estructura de metal fundido, base de resina para la dentadura postiza		
D5222	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base de resina	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez de por vida.	
D5224	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: estructura de metal fundido, base de resina para dentadura postiza		
Ajustes de prótesis extraíbles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular		
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar		
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Reparaciones de dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5511	Reparación de base rota de dentadura postiza completa: mandibular	Un ajuste por arco cada 12 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5512	Reparación de base rota de dentadura postiza completa: maxilar		
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o fracturados: dentadura postiza completa (cada diente)		
D5611	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza: mandibular	Una vez por arco cada 12 meses	
D5612	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza: maxilar		
D5621	Reparación de la estructura: mandibular		
D5622	Reparación de la estructura: maxilar		
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos: por diente		
D5640	Reemplazo de dientes fracturados: por diente		
D5650	Adición de un diente a la dentadura postiza parcial existente		
D5660	Adición de un gancho a la dentadura postiza parcial existente: por diente		
Procedimientos de rebasado de dentadura postiza			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	Uno de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	Uno de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	Uno de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	Uno de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Procedimientos de recubrimiento de dentadura postiza			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5730	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Uno de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5750	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)		
D5731	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Uno de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5751	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)		
D5740	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	Uno de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5760	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)		
D5741	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	Uno de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan pasado 6 meses desde la colocación inicial)	
D5761	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)		
Otros servicios de prótesis removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5850	Acondicionamiento de tejidos maxilares	Solo con la fabricación de una nueva dentadura postiza. No se permite durante 60 meses después de la entrega de una nueva dentadura postiza.	20% del costo
D5851	Acondicionamiento de tejidos mandibulares		
D5863	Sobredentadura: completa, maxilar	Uno de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	50% del costo
D5864	Sobredentadura: parcial, maxilar		
D5865	Sobredentadura: completa, mandibular	Uno de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5865, D5866), una vez cada 60 meses, por paciente	
D5866	Sobredentadura: parcial, mandibular		
D5876	Agregar una subestructura metálica a la dentadura postiza acrílica completa	Solo se permite en la misma fecha del servicio que D5110, D5120, D5130, D5140	
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar: radiografías preoperatorias y descripción*	* Requiere autorización	
D5999	Prótesis maxilofacial sin especificar, por informe: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio*		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Implantes endóxicos*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endóxico	Uno de (D6010, D6013) cada 60 meses por cuadrante	50% del costo
D6013	Colocación quirúrgica de minimplante		
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	Uno de (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082, D6083, D6084, D6086, D6087, D6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) cada 60 meses por cuadrante	* Los servicios requieren autorización, salvo (D6090, D6092 y D6093)
D6059	Corona de porcelana pura con metal (muy noble) apoyada en pilar		
D6060	Corona de porcelana pura con metal (metal base) apoyada en pilar		
D6061	Corona de porcelana pura con metal (metal noble) apoyada en pilar		
D6062	Corona de metal fundido (muy noble) apoyada en pilar		
D6063	Corona de metal fundido (metal base) apoyada en pilar		
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada en pilar		
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante		
D6066	Corona de porcelana pura con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble) apoyada en implante		
D6067	Corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble) apoyada en implante		
D6068	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica		
D6069	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal altamente noble)		
D6070	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal predominantemente base)		
D6071	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (metal noble)		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Implantes endóxicos* (continuación)	
D6072	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal altamente noble)
D6073	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal predominantemente base)
D6074	Retenedor apoyado en pilar para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (metal noble)
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica
D6076	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de porcelana pura con metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal fundido (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)
D6082	Corona apoyada en implante: porcelana pura con aleaciones predominantemente base
D6083	Corona apoyada en implante: porcelana pura con aleaciones nobles
D6084	Corona apoyada en implante: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio
D6086	Corona apoyada en implante: aleaciones predominantemente base
D6087	Corona apoyada en implante: aleaciones nobles
D6088	Corona apoyada en implante: titanio y aleaciones de titanio
D6094	Corona apoyada en pilar: titanio
D6097	Corona apoyada en pilar: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio
D6098	Retenedor apoyado en implante: porcelana pura con aleaciones predominantemente base
D6099	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: porcelana pura con aleaciones nobles
D6120	Retenedor apoyado en implante: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Implantes endóxicos* (continuación)			
D6121	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones predominantemente base		
D6122	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones nobles		
D6123	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: titanio y aleaciones de titanio		
D6195	Retenedor apoyado en pilar: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6090	Reparación de prótesis apoyada en implante	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo * (D6090, D6092 y D6093) únicamente no requieren autorización.
D6092	Recementado o readhesión de corona apoyada en implante/pilar		
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija en implante/pilar		
Pónticos de dentadura postiza parcial fija*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6205	Póntico: compuesto a base de resina indirecta	Uno de (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) por diente cada 60 meses	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D6210	Póntico: metal altamente noble fundido		
D6211	Póntico: metal predominantemente base fundido		
D6212	Póntico: metal noble fundido		
D6214	Póntico: titanio		
D6240	Póntico: porcelana pura con metal noble		
D6241	Póntico: porcelana pura con metal		
D6242	Póntico: porcelana pura con metal noble		
D6243	Póntico: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6245	Póntico: sustrato de porcelana/cerámica		
D6250	Póntico: resina con metal altamente noble		
D6251	Póntico: resina con metal base		
D6252	Póntico: resina con metal noble		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Pónticos de dentadura postiza parcial fija* (continuación)		
D6545	Retenedor: metal fundido para prótesis fija retenida por resina	Uno de (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794), por diente cada 60 meses
D6548	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija retenida por resina	
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija retenida por resina	
D6602	Retenedor de incrustación: metal noble, dos superficies	
D6603	Retenedor de incrustación: metal noble, tres o más superficies.	
D6604	Retenedor de incrustación: metal base, 2 superficies	
D6605	Retenedor de incrustación: metal base, 3 o más superficies	
D6606	Retenedor de incrustación: metal noble fundido, dos superficies	
D6607	Retenedor de incrustación: metal noble fundido, 3 o más superficies	
D6608	Retenedor de recubrimiento: porcelana/cerámica, dos superficies	
D6609	Retenedor de recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies	
D6610	Retenedor de recubrimiento: metal altamente noble fundido, dos superficies	
D6611	Retenedor de recubrimiento: metal altamente noble fundido, tres superficies	
D6612	Retenedor de recubrimiento: metal predominantemente base fundido, 2 superficies	
D6613	Retenedor de recubrimiento: metal predominantemente base fundido, 3 superficies	
D6614	Retenedor de recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies	
D6615	Retenedor de recubrimiento: metal noble fundido, 3 o más superficies	
D6624	Retenedor de incrustación: titanio	
D6634	Retenedor de recubrimiento: titanio	
D6710	Corona de retención: compuesto a base de resina indirecta	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Coronas retenedoras para dentadura postiza parcial fija*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6720	Corona de retención: resina con metal altamente noble	Uno de (D6545, D6548, D6549, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6780, D6781, D6782, D6784, D6790, D6791, D6792, D6793, D6794), por diente cada 60 meses, por paciente	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D6721	Corona de retención: resina con metal predominantemente base		
D6722	Corona de retención: resina con metal noble		
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica		
D6750	Corona de retención: porcelana pura con metal muy noble		
D6751	Corona de retención: porcelana pura con metal		
D6752	Corona de retención: porcelana pura con metal noble		
D6753	Corona de retención: porcelana pura con titanio y aleaciones de titanio		
D6780	Corona de retención: 3/4 de metal muy noble fundido		
D6781	Corona de retención: 3/4 de metal predominantemente base fundido		
D6782	Corona de retención: 3/4 de metal noble fundido		
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio		
D6790	Corona de retención: completa de metal muy noble fundido		
D6791	Corona de retención: completa de metal base fundido		
D6792	Corona de retención: completa de metal noble fundido		
D6793	Corona de retención provisoria		
D6794	Corona de retención: titanio		
Otros servicios de dentadura postiza parcial fija			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	Una vez cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial	20% del costo
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija		
D6999	Procedimientos de prostodoncia fija no especificados: explicación de la necesidad médica y descripción del servicio*	* Requiere autorización	50% del costo

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Cirugía bucal y maxilofacial (cirugía bucal o extracciones)*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7140	Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Una vez por diente de por vida.	20% del costo *Únicamente estos servicios (D7210, D7250, D7251) requieren autorización.
D7210	Extracción quirúrgica de diente brotado que requiere extracción de hueso o sección del diente		
D7220	Extracción de diente retenido: tejido blando		
D7230	Extracción de diente retenido: parcialmente óseo		
D7240	Extracción de diente retenido: completamente óseo		
D7241	Extracción de diente retenido: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales		
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales		
D7251	Coronectomía		
Otros procedimientos quirúrgicos			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7260	Cierre de una fistula oroantral	2 por arco de por vida	50% del costo
D7261	Cierre primario de perforación de los senos paranasales		
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro		
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando		
Alveoloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno de (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida	50% del costo
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		
D7320	Alveoloplastia que no se realice junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales por cuadrante	Uno de (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida	
D7321	Alveoloplastia que no se realice junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante		

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Vestibuloplastia				
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro	
D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Una por arco de por vida	50% del costo	
D7350	Vestibuloplastia: extensiones de la cresta (incluidos injertos de tejido blando, re inserción muscular, revisión de la inserción de tejido blando y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico)			
Escisión quirúrgica de lesiones*				
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro	
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm		50% del costo * Estos servicios requieren autorización.	
D7411	Escisión de lesión benigna mayor que 1.25 cm			
D7440	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm			
D7441	Escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm			
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm			
D7451	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm			
D7460	Extracción de un quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm			
D7461	Extracción de un quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de mayor que 1.25 cm			
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar superior o inferior)			2 por arco de por vida por miembro, independientemente del proveedor
D7472	Extracción de rodete palatino			Una vez de por vida por miembro, independientemente del proveedor
D7485	Reducción de tuberosidad ósea			2 de por vida por miembro, independientemente del proveedor
D7473	Extracción de rodete mandibular			

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Incisión quirúrgica			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	No se permite con extracción en la misma fecha del servicio.	50% del costo
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal		
D7521	Incisión y drenaje de absceso de tejido blando extrabucal complicado		
Otros procedimientos de reparación			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7960	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento independiente	Uno de (D7960, D7963) una vez por arco de por vida por paciente	50% del costo
D7963	Frenuloplastia		
D7970	Escisión de tejido hiperplástico: por arco	Una vez por arco de por vida	
D7971	Escisión de encía pericoronar	Una vez por diente de por vida.	
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe: descripción de la necesidad médica y descripción del servicio	* Requiere autorización	
Anestesia*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9239, D9243) el mismo día.	50% del costo * Estos servicios requieren autorización.
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9239, D9243) el mismo día.	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223, D9239, D9243, D9248) el mismo día.	
D9239	Moderación intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223) el mismo día.	
D9243	Moderación intravenosa (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223) el mismo día.	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Uno por miembro por fecha del servicio. No se permite con (D9222, D9223, D9230, D9239, D9243) el mismo día.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Interconsulta profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9310	Interconsulta: servicio de diagnóstico brindado por un odontólogo o médico que no sea el odontólogo o médico solicitante	Uno por proveedor o ubicación por año. No se permite con (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) por el mismo proveedor o ubicación.	50% del costo
Visitas profesionales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9410	Llamada al domicilio/centro de cuidados prolongados	Una por fecha del servicio. 6 por año.	50% del costo
D9420	Llamada a un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio		
Servicios varios*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	2 de (D1206, D1208, D9910) cada 12 meses.	50% del costo
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico)	Una vez por año. Atención posoperatoria de rutina o tratamiento de alveolitis no permitidos.	*Estos servicios requieren autorización, excepto D9910.
D9950	Análisis de oclusión: caso montado	Uno de (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Una vez cada 12 meses.	
D9952	Ajuste oclusal: completo	Uno de (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe		

SECCIÓN 3 Qué servicios no están cubiertos por el plan**Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas indicadas. La única excepción es: 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.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

(Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.		✓ A menos que estos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es necesario por razones médicas.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse y vestirse.	✓	
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica del hogar, como preparación de comidas o realización de tareas domésticas ligeras.	✓	
Los cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		✓ Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para lograr una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		✓ Con cobertura hasta las limitaciones indicadas en servicios odontológicos anteriormente enumerados en el Capítulo 4.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes.</p>
Entrega de comida a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Solo se cubre después del alta de una hospitalización en cuidados intensivos</p>
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Audífonos y consultas con los proveedores para recibir audífonos de servicio (salvo como se describe específicamente en los beneficios cubiertos), moldes para los oídos, accesorios para audífonos, cargos por devolución, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (aparte de las 48 baterías gratuitas por audífono compradas).</p>
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la debilidad visual.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Los anteojos se cubren hasta los límites mencionados en Atención de la vista en el Capítulo 4.</p> <p>Servicios de rutina cubiertos hasta las limitaciones indicadas en Atención de la vista anteriormente indicados en el Capítulo 4.</p>
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de un naturoterapeuta (tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*

CAPÍTULO 5

Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos	109
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	109
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí	110
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	110
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	111
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos	111
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación	112

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total en ese preciso momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo, no el costo total. (La parte que le corresponde del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Usted debe pedirle al proveedor que le facture al plan la parte que nos corresponde del costo.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el servicio, deberá solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- En algunas oportunidades, es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió 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 facturar directamente al plan y pedirle solo la parte que le corresponde del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que nuestros proveedores cobren cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos documentación para que coordinemos el reembolso.

Llame a su Equipo de experiencia al cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y los plazos para realizar su solicitud. (Los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago
--

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

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

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar su pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (<https://www.cnchealthplan.com>) o llame al Equipo de experiencia al cliente y solicite el formulario. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Care N' Care Insurance Company, Inc.
Attn: Organization Determination
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
Farmers Branch, TX 75234

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que ha cumplido todas las normas para obtener la atención, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, 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 pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo 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 folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede ir a la Sección 5.3 del Capítulo 7, que dice qué debe hacer si desea presentar una apelación para obtener el reembolso de 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 miembro del plan.....	115
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	115
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos.....	116
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	116
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	117
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	118
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	120
Sección 1.7	Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados.....	120
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	121
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	121
Sección 2.1	Cuáles son sus responsabilidades.....	121

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de miembros con discapacidades y que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, en caso de que lo necesite. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante Care N' Care. Puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. Están disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente para obtener información adicional.

To get information from us in a way that works for you, please call your Customer Experience Team (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. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call your Customer Experience Team (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Care N' Care. You can call your Customer Experience Team at 1-877-374-7993. They are available: October 1 - March 31, 8AM - 8PM Central, 7 days a week; April 1 - September 30, 8AM - 8PM Central, Monday through Friday. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact your Customer Experience Team for additional information.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos**

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. Llame a su Equipo de experiencia al cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión y pagar el monto de costo compartido dentro de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

Si usted considera que no está recibiendo la atención médica dentro de un período razonable, en la Sección 9 del Capítulo 7 de este folleto se le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 7 se explica lo que puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le damos su información médica a alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener su autorización por escrito primero*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de atención.
 - Puesto que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, nos vemos obligados a suministrarle su información médica a Medicare. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido la información médica con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

En su condición de miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos al inglés, en letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el directorio de proveedores/farmacias.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores, puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en <https://www.cnhealthplan.com/search>.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al usar su cobertura:**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
 - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió en concepto de atención médica, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones:** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le comuniquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber acerca de los riesgos:** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”:** Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Desde luego que si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención:** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 7 de este folleto se explica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario:** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado, al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Complételo y fírmelo:** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas pertinentes:** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si no puede. Es posible que también desee darles copias a amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es hospitalizado, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su decisión si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno si se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja:

Texas Department of Aging and Disability Services
Consumer Rights and Services – Complaint Intake Unit
Mail Code E-249
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030
1-800-458-9858

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, en el Capítulo 7 de este folleto se le indica lo que puede hacer. Allí se proporcionan los detalles sobre cómo proceder ante todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados
--------------------	--

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que está enfrentando:

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**Sección 2.1 Cuáles son sus responsabilidades**

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre Evidencia de cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud, debe comunicárnoslo.** Llame a su Equipo de experiencia al cliente para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud a su

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que acuda a obtener atención médica.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a asistirle dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcioneles 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 está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a mantener el funcionamiento correcto del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para seguir siendo miembros del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio. Esto será un copago (un monto fijo) *O* un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si recibe cualquier servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo 1 se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio,** debemos estar al tanto de ello para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a su Equipo de experiencia al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	127
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	127
Sección 1.2	Qué sucede con los términos legales.....	127
SECCIÓN 2	Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros.....	127
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	127
SECCIÓN 3	Qué proceso debe utilizar para tratar su problema.....	128
Sección 3.1	Debería o no utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Debería o no utilizar el proceso para presentar quejas	128
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....		129
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	129
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	129
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	130
Sección 4.3	Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación	131
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	131
Sección 5.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención.....	132
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)	133
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan).....	136
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	139
Sección 5.5	Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica.....	141
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.....	142
Sección 6.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informarán sus derechos.....	143

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

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	144
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	147
Sección 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	148
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	151
Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)	151
Sección 7.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura	152
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	152
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	154
Sección 7.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	156
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	158
Sección 8.1	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos	158
PRESENTACIÓN DE QUEJAS		160
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	160
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?	160
Sección 9.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”	161
Sección 9.3	Paso a paso: Presentar una queja.....	162
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización para la Mejora de la Calidad	163
Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja	163

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Qué proceso debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Qué sucede con los términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, 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 simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer 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.

No obstante, puede ser útil y, a veces es bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos utilizar le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando esté enfrentando su problema y obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

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

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para tratar su problema

Sección 3.1	Debería o no utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Debería o no utilizar el proceso para presentar quejas
--------------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

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

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

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

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

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el 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 recibe atención médica o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En determinadas circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión.

Si se rechaza parcial o completamente su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de Revisión Independiente que no está conectada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	---

¿Desea obtener ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame al Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted:** Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, 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 posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre:** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.

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

- Si quiere que un amigo, un pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre:** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su Colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos, si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apele una decisión.

Sección 4.3 Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación

Existen tres tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene normas y plazos diferentes, brindamos detalles para cada situación en una sección distinta:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que se siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*aplica solo para estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono de este programa).

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



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, le recomendamos leerla antes de comenzar con esta sección.

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

Sección 5.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención
--------------------	--

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico y cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos dicho que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió y pagó por la atención médica, cree que el plan debería cubrirlo y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que estaba recibiendo para cierta atención médica previamente aprobada se reducirá o interrumpirá y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:**
 - Sección 6 del Capítulo 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 7 del Capítulo 7: *Cómo solicitarnos que se siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será interrumpida, use esta sección (Sección 5) como guía de lo que debe hacer.

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que usted desea.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le reembolsemos por la atención médica que ya ha recibido y pagado.	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 solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

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

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

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

Cómo solicitar la cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándares”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para **un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una **respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico**, podemos tomarnos hasta **14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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).

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

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - **No obstante**, para una solicitud **de un artículo o servicio médico**, podemos tomarnos hasta **14 días calendario adicionales** si notamos que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para la atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares *pudieran perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad funcional*.

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

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted pide por su cuenta una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si, a raíz de su salud, es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta se le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

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

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida sobre un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos una respuesta en un **plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud**. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

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

- Para realizar una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período) o en 72 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B, tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y, tal vez, cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando 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 pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Términos legales

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

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*

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

- **Si está solicitando una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
 - Si un tercero que no sea su médico está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de Nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a su Equipo de experiencia al cliente [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto] y solicite el formulario de “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com>).
 - <https://www.cnchealthplan.com/part-c-determinations-appeals-grievances/>. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado pasar, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud llamándonos)

Términos legales

Una “apelación rápida” también se denomina “**reconsideración acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y 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

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

solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).

- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parcial o completamente lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales por su solicitud de un artículo o un servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si solicita un artículo o un servicio médico o en un **plazo de 7 días calendario** si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parcial o completamente lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parcial o completamente su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos 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 se realiza 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 nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

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

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**

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

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o un servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si usted solicita un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si solicita un artículo o un servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede llevar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares; o bien, en el plazo de 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares** o en el plazo de **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes aceleradas**.

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

- Si esta organización rechaza parcial o completamente su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
- Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo averiguar el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de Ley Administrativa o un mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 5 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos cubiertos*. En el Capítulo 5, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario

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

después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es como si *rechazáramos* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y nosotros le indicamos que no pagaremos?

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

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

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 **Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

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

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

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, un enfermero) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y pregunte si no lo entiende: En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluidos los siguientes:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 6.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos:

- Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

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

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

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

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **hasta la medianoche del día del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si cumple con este plazo, se le permite permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y aún quiere apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitarle a la Organización para la Mejora de la Calidad que realice una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

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

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

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

- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un modelo del aviso en línea en

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

**Capítulo 7. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta

Estos son los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para la atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, el cual es manejado por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

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

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 8 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y hasta la fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Términos legales

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

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

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

- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha prevista del alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativo* del Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (Independent Review Entity).

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 9 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

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

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, la cual es manejada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo, se explica más acerca de 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, quejas)**

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> Servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)
--------------------	---

Esta sección trata *solo* acerca de los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para poder considerar un centro como “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

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

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

Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Términos legales

Al indicarle qué puede hacer, en el aviso por escrito se indica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

1. **Recibirá un aviso por escrito:** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.
2. **Se le solicitará que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió:**
 - Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora 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 la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de atención que reciben las personas que tienen Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) con respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

El plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia que figura en el aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, deberá presentarla directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

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

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**explicación detallada de no cobertura**”.

Paso 3: Los revisores le informarán su decisión en un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, 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 que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios de atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de

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

rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le dijimos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos del proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pide otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

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

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, el cual es manejado por un juez de Ley Administrativa o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, deberá decidir si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 8 de este capítulo, se explica más acerca de 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, quejas)

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica en la Sección 7.3 anterior, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos*.

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

Términos legales

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

Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Estos son los pasos de la apelación alternativa del Nivel 1:

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos

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

de la atención que ha recibido desde la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios de atención en un centro de enfermería especializada o
- servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativo* del Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (**Independent Review Entity**).

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 9 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea necesaria por razones médicas. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de Ley Administrativa o un mediador.
- En la Sección 8 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado Juez de Ley Administrativa) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Ley Administrativa o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de Ley Administrativa o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez de Ley Administrativa o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de Ley Administrativa o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** 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 atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

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

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetar su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que nuestro Equipo de experiencia al cliente lo ha tratado? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos u otros profesionales de salud? ¿O a nuestro Equipo de experiencia al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta.

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

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 8 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

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

Términos legales

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

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

Sección 9.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso consiste en llamar al Equipo de experiencia al cliente .** Si necesita hacer algo más, el Equipo de experiencia al cliente se lo indicará. Llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no se siente satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Las quejas formales aceleradas o rápidas se responderán en un plazo de 24 horas si la queja formal está relacionada con la negativa del plan a tomar una determinación organizacional o una reconsideración de la cobertura rápida y aún no ha recibido la atención médica. Atenderemos otras solicitudes de quejas formales dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más en responder a su queja. Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente. Asegúrese de que la carta de su queja formal incluya su nombre, el número de identificación de miembro (que aparece en su tarjeta de identificación de miembro), su dirección, número de teléfono, de qué se trata la queja formal, los hechos relacionados con la queja formal y la resolución que pretende.

- Envíenos su queja por escrito (también denominada queja formal) dentro de los 60 días del evento o incidente a dirección:

Care N' Care Insurance Company, Inc.
Attn: Appeals and Grievances Department
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
Farmers Branch, TX 75234

O bien:
Fax: 817-687-4103

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Términos legales

En esta sección, una “**queja rápida**” también se denomina una “**queja formal**”.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida “ o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

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

Paso 2: Analizamos su queja y le brindamos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** parcial o completamente con su queja, o no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de atención a la Organización para la Mejora de la Calidad
--

Puede presentar una queja sobre la calidad de atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

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

Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan**Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	166
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan	166
SECCIÓN 2	Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	166
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	166
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	167
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	167
Sección 2.4	Dónde obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía.....	168
SECCIÓN 3	Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan	168
Sección 3.1	Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	168
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	170
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	170
SECCIÓN 5	Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	170
Sección 5.1	Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan	170
Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	171
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	171

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan**

La cancelación de la membresía en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año o ciertas situaciones para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3, se describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

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

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especiales?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 Dónde obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Llame al **Equipo de experiencia al cliente** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el folleto *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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 membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- La solicitud se puede realizar por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En la siguiente tabla se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar 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"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

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

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

Si deja Care N' Care Choice MA-Only (PPO), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan
--------------------	--

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Equipo de experiencia al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de su Equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma alborotada y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a **su Equipo de experiencia al cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 9 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	174
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	174
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	174

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni 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 normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, comuníquese con nosotros llamando a su Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Equipo de experiencia al cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Care N' Care Choice MA-Only (PPO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 7, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asistente de salud a domicilio: profesional que brinda servicios para los que no se requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados por el médico). Los asistentes de salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni brindan tratamiento.

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

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios cubiertos. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una “autorización previa” de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo compartido que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de terapia ocupacional y fonoaudiología, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o una receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido, en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: monto que deberá pagar como la parte que le corresponde de los costos por los medicamentos con receta y los servicios. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija al recibir servicios específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exija al recibir servicios específicos.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que “paga de su bolsillo” un miembro.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Cuidado asistencial: atención personal brindada en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados paliativos: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios necesarios por razones médicas, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará el tratamiento especial para su estado.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage llega a una determinación de la organización cuando decide si los artículos o los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional intestinal y parenteral.

El Equipo de experiencia al cliente : departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con su Equipo de experiencia al cliente , consulte el Capítulo 2.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente que tenga conocimientos básicos de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y divulgación de información: este documento junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) le factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren más que el monto de costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Hospitalización: una hospitalización es cuando lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado, consulte la Sección 6 del Capítulo 2.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte la Sección 1 y la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando la parte que le corresponde del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido). Consulte la Sección 1 y la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Traditional Medicare” o “Fee-for-service” Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y de los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza si no ha recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para recibir Medicare por primera vez. Por ejemplo, si es elegible para recibir Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido por el miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas pilotos o de demostración y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, Private Fee-for-Service (PFFS) o Medicare Medical Savings Account (MSA). Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE): combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas débiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de cuidado de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. El PCP también puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan y, además, no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja formal: tipo de queja que se presenta sobre nosotros, incluidas las quejas acerca de la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: término general que usamos en esta EOC para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte la sección “Ayuda adicional”.

Equipo de experiencia al cliente de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

Método	Equipo de experiencia al cliente : información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Horario: Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central. El Equipo de experiencia al cliente también ofrece servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes
FAX	817-687-4103
ESCRIBA A	Care N' Care Insurance Company, Inc. 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75234 yourteam@cnchealthplan.com
SITIO WEB	https://www.cnchealthplan.com

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services P. O. Box 149030 Austin, TX 74714-9030
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA): de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recopilación de datos que no exhiba un número de control válido emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido emitido por la OMB para esta recopilación de datos es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia 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.