

Evidencia de cobertura 2023

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005



1-877-374-7993 (TTY 711) del 1 octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.



YourTeam@cnchealthplan.com



cnchealthplan.com

care@care

Insurance Company, Inc.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con 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 hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.

Este plan, Care N' Care Choice MA-Only (PPO), es ofrecido por Care N' Care Insurance Company. (Cuando la *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, 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 en forma gratuita en español. This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible en distintos formatos, incluidos en 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, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas sobre los cambios, al menos con 30 días de antelación.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender sobre lo siguiente:

- La prima de su plan y costos compartidos.
- Sus beneficios médicos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Y0107_H6328EOC005_23_081S_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

2023 Evidencia de Cobertura**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía	9
SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Care N' Care Choice MA-Only	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	11
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su expediente de membresía del plan	11
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	12
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes	14
SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con su equipo de experiencia al cliente)	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, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita)	21
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad	22
SECCIÓN 5 Seguro Social	22
SECCIÓN 6 Medicaid	23
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	24
SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	25
CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos	26
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	27
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica	28
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de urgencia o durante una catástrofe	32
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?	34
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio estudio de investigación clínica”?	34

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”no médica”.....	36
SECCIÓN 7	Normas para adquirir la titularidad de equipos médicos duraderos	37
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	39
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	40
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	42
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	111
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para los servicios médicos cubiertos</i>	115
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos.....	116
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	117
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	118
CAPÍTULO 6:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	119
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	120
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	125
CAPÍTULO 7:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	127
SECCIÓN 1	Introducción	128
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	128
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?	129
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de coberturas y apelaciones	130
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	132
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	139
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado pronto	146

Índice

SECCIÓN 8	Cómo llevar a su apelación al Nivel 3 y más adelante.....	152
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	153
CAPÍTULO 8:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>.....	157
SECCIÓN 1	Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan	158
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	158
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	160
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	161
SECCIÓN 5	Care N' Care Choice MA-Only (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	161
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>.....	163
SECCIÓN 1	Aviso sobre legislación aplicable.....	164
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	164
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	164
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>.....	165

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

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 tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Care N' Care Choice MA-Only (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la parte A y parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso al proveedor en este plan difieren de Original Medicare.

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

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calificada (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 (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 se trata el documento de *Evidencia de Cobertura*?

Esta *Evidencia de cobertura* le dice cómo obtener atención médica. Esta le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios que tiene disponibles 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 dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si esto le confunde o preocupa, o si tan solo tiene preguntas, comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubre la 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”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son 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:

- Tenga la parte A y la parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, 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 Esta es el área de servicio del plan de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) está 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.

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 planea mudarse fuera del área de servicio, no puede permanecer siendo miembro de este plan. Comuníquese con el equipo de experiencia al cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al 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.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía****Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan**

Mientras sea 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 al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que pueda ver cómo será la suya:

PARTE DELANTERA

carencare
Insurance Company, Inc.

**2023 Care N' Care Choice
MA-Only (PPO)**

Member Name:

Member ID:

HealthPlan (00000)

Copays:	In-Network	Out-Of-Network
PCP:	\$0	\$00
Specialist:	\$00	\$00
ER:	\$00	\$00
Urgent Care:	\$00	\$00

A part of
Southwestern Health Resources

H0000-000 Medicare limiting charges apply.

PARTE TRASERA

In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.

Members:
Customer Experience Team:
Toll Free: 877-374-7993
TTY/TDD: 711
cnhealthplan.com

Pharmacy Customer Service:
855-791-5302
Dental/Vision/Hearing/OTC/Acupuncture
Customer Service: 833-492-9866
TeleHealth Services, Medical & Behavioral
Health: mdlive.com/carencare 833-791-2188
24-Hour Nurse Advice: 844-209-3635

Providers:
Prior Auth/Cert/Service:
855-359-9999
Provider Eligibility & Benefits:
844-806-8216
(Representative and IVR)
Acupuncture Claims:
800-972-4226

Pharmacy Claims: 855-791-5302
Dental Claims: 833-492-9865
Vision Claims: 800-521-3605
Medical Claims Phone: 844-806-8216
Medical Claims Payer ID#: 66010
Medical Claims Address:
P.O. Box 4375, Scranton, PA 18505

DentaQuest
eye MED
TruHearing
MDLIVE

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usted usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare. Dichos estudios también se denominan ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame al equipo de experiencia al cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

El *Directorio de proveedores/farmacias* enumera los proveedores de la red, los proveedores de equipos médicos duraderos y las farmacias. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, farmacias, 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.

Como miembro de nuestro plan, usted 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 médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar el plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web www.cnchealthplan.com. Si usted no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a su Equipo de experiencia al cliente.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de Care N' Care Choice MA-Only

Entre sus costos se pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)

Las primas de la parte B de Medicare son diferentes para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) 2023, la sección llamada “Costos de Medicare 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla 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 las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para Care N' Care Choice MA-Only.

Sección 4.2 Prima mensual de la parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Reduciremos \$10 de su prima mensual de la parte B de Medicare. La reducción la establece Medicare y se administra a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Según el modo en que pague la prima de la parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar en su cheque mensual del Seguro Social o se puede acreditar en el resumen de la prima de la parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, usted recibirá el crédito total.

Sección 4.3 Prima de beneficios complementarios opcionales

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener detalles.

Beneficios complementarios opcionales	Prima mensual del plan
Cláusula adicional de salud dental de Care N' Care	\$25

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

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

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su expediente de membresía del plan

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 membresía para saber cuáles son los servicios que están cubiertos y los montos de costo compartido que usted tiene.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de 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 una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de contarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando al equipo de experiencia al cliente.

También es importante que se comuniquen 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.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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 sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

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 figure, llame al equipo de experiencia al cliente. Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro a sus otros seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

Estas normas se aplican para el plan de salud grupal del empleador o 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, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final (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)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)
(Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con su equipo de experiencia al cliente)

Cómo comunicarse con nuestro equipo de experiencia al cliente del plan

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

Método	Equipo de experiencia al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central. El equipo de experiencia al cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central, del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central
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	www.cnchealthplan.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su 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 de atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.
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	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: 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.
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	www.cnchealthplan.com/your-rights-2/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo 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. 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	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.
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 DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica que recibió

Si usted recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que usted piensa que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted ha recibido para servicios médicos cubiertos*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Tenga en cuenta que: 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	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-877-374-7993 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: las 24 horas del día, 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	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).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominada "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage tales como nosotros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le 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 documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: ofrece información sobre la condición de elegibilidad para Medicare. • Medicare Plan Finder (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 <i>valor aproximado</i> de los costos que paga de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Care N' Care Choice MA-Only (PPO): • 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. 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 y la revisarán con usted. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llame al 1-877-486-2048).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del programa HICAP pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento, y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas de Medicare y a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en la parte central de la página de inicio.
- Ahora, tiene las siguientes opciones
 - Opción n.º1: puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE.**
 - Opción n.º2: puede seleccionar su **ESTADO** desde el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros de Salud (SHIP de Texas) - Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program Department of Aging and Disability Services 1100 West 49th Street Austin, TX 78756-3199
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

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

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga Medicare para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con KEPRO:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas) – Información de contacto
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	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 mayores de 65 años, o aquellos que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para 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. 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 comunice 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. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 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 del día.
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. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la parte A y la parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa Medicaid de Texas) – Información de contacto
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	www.hhsc.state.tx.us

SECCIÓN 7 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios**

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores del sistema ferroviario de la nación y sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios – información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede tener acceso a la línea de ayuda automatizada de la RRB e información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 8 ¿Tiene usted 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/sindicato o a su 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 del equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare de este plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, encontrará datos importantes sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago completo. 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 cubre el plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se detallan en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la 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.

Por lo general, Care N' Care Choice MA-Only (PPO) cubre su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que usted reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, los suministros, el equipo o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

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

- **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 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 que no pertenece a la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
 - Tenga en cuenta que: 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 sea 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) que brinde y supervise su atención médica
--------------------	---

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

El PCP 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
- Terapia
- atención de médicos que son especialistas;
- Ingresos en el hospital y
- Atención de seguimiento
- Pruebas de detección de salud

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

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su atención 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.

¿Cómo se elige un PCP?

Para elegir un PCP, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente. (Los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior 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, en cuyo 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 el 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 tipos de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?

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 antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y antineumocócicas.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.
- 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 abandonar el área de servicio, así podremos ayudarle a coordinar para que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.*
- Servicios de quiropráctica
- Servicios de podiatría

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

Care N' Care es una Organización de Proveedores Preferidos (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 dejan el plan?

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo no se interrumpa, y trabajaremos con usted para garantizar que esto suceda.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir dicho servicio por un costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa para asegurar que le cobren el costo compartido dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo por calidad de atención ante el plan o ambos. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser 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.
- No es necesario que obtenga una remisión o autorización previa cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que deba solicitar una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 7). Esto es importante 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 médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos 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 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 ha recibido para 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 de 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 cuando tiene una emergencia o necesidad de atención de 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 si se le presenta una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, evitar que pierda un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. 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 vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, cobertura de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor que cuente con una autorización adecuada del estado, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le haya avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en 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).
- **Cubrimos servicios de atención emergencia y de urgencia en todo el mundo** (esto significa fuera de los EE. UU. y sus territorios). Consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios, qué está cubierto y qué paga usted) para obtener más información.

¿Qué está cubierto en caso de una emergencia médica?

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. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Nuestro plan incluye un beneficio a nivel mundial para casos de emergencia para todos los miembros. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

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

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

¿Qué sucede si no se trataba 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) y que el médico le diga 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, por lo general, la parte que corresponde del costo será menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es una emergencia y que requiere atención médica de inmediato, pero, tomando en cuenta sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se presenta durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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, 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 si visita un centro de atención de urgencia. Cuando las circunstancias son inusuales o extraordinarias y los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente, acuda al centro de cuidado de urgencia más cercano para recibir tratamiento inmediato.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos con el beneficio complementario de atención de emergencia/urgencia. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe
--------------------	---

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.

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

Visite el siguiente sitio web: www.cnchealthplan.com/current-state-of-emergency/ para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe.

Si usted no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red.

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si ha recibido 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 ha recibido para 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 necesarios por razones médicas que se mencionan en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los 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 su límite de beneficios, el dinero que gaste en ese servicio no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted participa 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 en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y 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 comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en él.

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

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. Si usted nos dice que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red de los servicios de este ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si usted ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo diga ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, usted *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- 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.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red 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. Sin embargo, usted debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte de un estudio de investigación. Supongamos también que la parte que le corresponde de los costos de esta prueba es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 que exige Original Medicare. En ese caso, usted notificaría al plan de que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentaría al plan

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

documentación como la factura de un proveedor. Luego, el plan le pagaría a usted directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, que es el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación al plan, como la factura de un proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagan ninguno de los siguientes conceptos:**

- Por lo general, Medicare *no* paga los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, salvo que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- 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 (CT) que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde puede leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (“Medicare y pruebas clínicas”) 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), las 24 horas del día, 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”no médica”

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

Una institución religiosa de atención médica 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 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. Este beneficio se brinda solo para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 Cómo 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 médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o al tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención o al tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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 el cuidado 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 los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; 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 adquirir la titularidad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Puede adquirir la titularidad del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos en nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar. El miembro siempre es titular de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, se analizan otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden adquirir la titularidad del equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO) generalmente no adquirirá la titularidad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si usted no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiar a Original Medicare para adquirir la titularidad del artículo. Los pagos realizados durante su inscripción en el plan no se toman en cuenta.

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

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la titularidad en ese tiempo. Luego, volvió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la titularidad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toman en cuenta.

Sección 7.2	Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento
--------------------	---

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para recibir la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Care N' Care Choice Ma-Only (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Administración de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la administración de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si abandona Care N' Care Choice MA-Only (PPO) o si ya no tiene una necesidad médica de usar equipo de oxígeno, debe devolver dicho equipo.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de cinco años, usted puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque usted siga con la misma compañía, por lo que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

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

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

En este capítulo encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y le muestra cuánto 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 pagos que brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de su bolsillo que posiblemente tenga que pagar por los servicios cubiertos.

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es el 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 (MOOP) 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 usted paga por los copagos y el coseguro de los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que usted paga por servicios 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 servicios cubiertos de la parte A y la parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de la red. No obstante, 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).

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

- El **monto máximo que paga de su bolsillo combinado** es de \$5,100. 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 dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro de 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 se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$5,100 por servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la parte A y la parte B. No obstante, 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 el saldo”

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

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un 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 obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si usted piensa que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al equipo de experiencia al cliente.

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 que usted recibe (incluida la atención médica, los servicios, suministros, equipos y medicamentos con receta de la parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o 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 indicados 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 obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.

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

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* [Medicare y Usted 2023] Consúltelo 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).
- 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 por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

Sus servicios cubiertos	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 miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Acupuntura para la lumbalgia crónica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como aquella que: • Dura 12 semanas o más. • es inespecífica, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).	Dentro de la red Copago de \$15 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$40 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• No está asociada a una intervención quirúrgica. • No está asociada a un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. Se deberá interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o si presenta un retroceso. Requisitos del proveedor: Médicos (según se define en el artículo 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden prestar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en el artículo 1861(aa)(5) de la Ley) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos aplicables del estado y cuentan con lo siguiente: • un título de nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una universidad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una autorización vigente, completa, activa y sin restricción para practicar la acupuntura en un estado, territorio, mancomunidad (a saber, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS que exige nuestra reglamentación en el Título 42 del CFR, artículos 410.26 y 410.27. Servicios de acupuntura prestados por American Specialty Health (ASH)		

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o giratoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se prestan a un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. - El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	<i>Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</i>	
	Dentro de la red El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo de ida o vuelta cubierto por Medicare. Copago de \$275 por cada servicio de transporte terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare.	Fuera de la red El 20% del costo por cada servicio de transporte aéreo de ida o de vuelta cubierto por Medicare. Copago de \$275 por cada servicio de transporte terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare.
Examen físico anual de rutina El examen físico anual de rutina incluye el examen y la evaluación físicos integrales del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas radiológicas o no radiológicas de diagnóstico, ni pruebas de diagnóstico. Se podrían aplicar costos compartidos adicionales a los análisis de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la consulta, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. No es necesario programar las consultas para exámenes físicos anuales de rutina con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por año calendario.	Dentro de la red Copago de \$0 por un examen físico de rutina por año.	Fuera de la red Copago de \$0 por un examen físico de rutina por año.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y de salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la parte B por 12 meses.		
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera necesario por razones médicas: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico. Para información sobre gammagrafías óseas de diagnóstico, consulte Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses Para información sobre mamografías de diagnóstico, consulte Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Dentro de la red Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que estén cubiertos una vez cada cinco años.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene riesgo alto de cáncer de cuello de útero o de vagina, o si está en edad de procrear y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses		
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (ajustes de la columna vertebral).	Dentro de la red Copago de \$20 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$40 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas que tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección Para obtener información sobre una colonoscopia de diagnóstico consulte los Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en esta Tabla de beneficios médicos.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$30 por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Exámenes bucales preventivos • Evaluación bucal periódica: D0120 • Examen bucal extenso: D0160 • Nueva evaluación-limitada; enfocada en el problema: D0170 Dos de (D0120, D0160, D0170) cada 12 meses • Evaluación bucal limitada: D0140 Tres cada 12 meses; no se permite con servicios de rutina • Examen bucal integral: D0150 • Evaluación periodontal integral: D0180 Una de (D0150, D0180) cada 36 meses por proveedor o ubicación. • Tratamiento paliativo de dolor dental por consulta: D9110 Solo se permite con D0140 y radiografías	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por exámenes bucales preventivos.	Fuera de la red Usted paga un copago de \$0 por exámenes bucales preventivos.
Cubrimos lo siguiente: Radiografías dentales • Serie integral de imágenes radiográficas intrabucal: D0210 • Imagen radiográfica panorámica: D0330 • Radiografía interproximal vertical: D0277 (7-8 imágenes radiográficas) • Tomosíntesis intrabucal-serie integral de imágenes radiográficas: D0372 Una de (D0210, D0330, D0277, D0372) cada 36 meses	Usted paga un copago de \$0 por radiografías dentales.	Usted paga un copago de \$0 por radiografías dentales.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• Primera imagen radiográfica periapical intrabucal: D0220 • Periapical intrabucal-cada imagen radiográfica adicional: D0230 Una de (D0220) por fecha del servicio • Tomosíntesis intrabucal-imagen radiográfica periapical: D0374 Una de (D0374) cada 12 meses • Imagen radiográfica oclusal intrabucal: (D0240) • Radiografía interproximal-imagen radiográfica única: D0270 • Radiografías interproximales-dos imágenes radiográficas: D0272 • Radiografías interproximales-tres imágenes radiográficas: D0273 • Radiografías interproximales-cuatro imágenes radiográficas: D0274 • Tomosíntesis intrabucal-imagen radiográfica interproximal: D0373 • Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) cada 12 meses		
Cubrimos lo siguiente: Limpiezas • Profilaxis adulto: D1110 • Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, toda la boca: D4346 Dos de (D1110, D4346) cada 12 meses • Procedimientos de mantenimiento periodontal (luego de tratamiento activo): D4910 Cuatro de (D4910) cada 12 meses	Usted paga un copago de \$0 por limpiezas.	Usted paga un copago de \$0 por limpiezas.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Cubrimos lo siguiente: Flúor • Aplicación tópica de barniz de flúor: D1206 • Aplicación tópica de flúor: D1208 Dos de (D1206, D1208) cada 12 meses Además, Care N' Care ofrece beneficios dentales como beneficios complementarios opcionales por una prima mensual adicional. Consulte la tabla de beneficios dentales que figura en la sección 2.2 de este capítulo. Servicios odontológicos proporcionados por DentaQuest.	Usted paga un copago de \$0 por flúor.	Usted paga un copago de \$0 por flúor.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
 Examen de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que califique para un mínimo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de la diabetes cubierto por Medicare.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
 Capacitación para la autogestión de la diabetes, servicios servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. <i>(Los dispositivos de monitoreo y los suministros cubiertos se limitan a Freestyle, Precision y One-Touch).</i> • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par por año calendario de calzado terapéutico a medida (incluidas las plantillas que vienen con dicho calzado) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de calzado profundo y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	Dentro de la red Copago de \$0 por suministros preferidos de monitoreo de la diabetes (Freestyle, Precision y One-Touch). El 20% del costo para suministros de monitoreo de la diabetes cubierto por Medicare de todas las demás marcas. No se requiere coseguro, copago ni deducible para calzado o plantillas de tratamiento para la diabetes cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por cada capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	Fuera de la red 30% del costo para suministros de monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. 30% del costo para calzado terapéutico o plantillas para la diabetes cubiertos por Medicare. 30% del costo para cada capacitación para el autocontrol cubierto por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 10 de este documento y la Sección 7 del Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para la diabetes, cama de hospital indicada por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero que sea necesario por razones médicas cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Dentro de la red 20% del costo para equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido por cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de 20% del costo, todos los meses. Sus costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito durante 36 meses.	Fuera de la red 30% del costo para equipo médico duradero cubierto por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlos especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com/search.	Si antes de inscribirse en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) usted ha pagado por 36 meses la cobertura del alquiler de un equipo de oxígeno, su costo compartido de Care N' Care Care N' Care Choice MA-Only (PPO) es del 20% del costo todos los meses.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Ofrezca un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia • Sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, evitar que pierda un bebé por nacer), 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. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Los servicios de emergencia están cubiertos fuera del área de servicio en cualquier parte del mundo.*	Dentro de la red Copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si lo internan en el hospital en el plazo de 3 días por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención para pacientes internados en un hospital” 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 se establezca su situación de emergencia, debe trasladarse a un hospital dentro de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red para la parte de su hospitalización una vez que se haya estabilizado. Si usted permanece en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted pagará el monto de costo compartido fuera de la red de la parte de la estadía después de su estabilización. Copago de \$100 por servicios de emergencia para cobertura internacional. *La cobertura se limita a \$100,000 por servicios complementarios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.	Fuera de la red Copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
 Programas educativos sobre salud y bienestar SilverSneakers® es un programa integral que mejora el bienestar y la fuerza generales. Diseñado para todos los niveles y habilidades, este programa brinda acceso a equipos de acondicionamiento físico, clases grupales de ejercicio, ejercicios en el hogar, educación en línea y una sensación de comunidad. Con más de 14,000 ubicaciones en todo el país, los miembros pueden visitar cualquiera de las ubicaciones en cualquier momento.	Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico de SilverSneakers®. Fuera de la red Copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico de SilverSneakers®. Debe utilizar proveedores preferidos para este beneficio	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Hasta dos audífonos de marca TruHearing por año (uno por oreja por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium 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). Las compras de audífonos incluyen: • 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 pilas por audífono El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente: • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Pilas adicionales • Audífonos que no sean de la marca TruHearing	Dentro de la red Copago de \$20 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Copago de \$45 por examen auditivo de rutina.* Copago de \$699 por cada audífono para audífonos Advanced.* Copago de \$999 por cada audífono para audífonos Premium.* *Los copagos por exámenes auditivos de rutina y por audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.	Fuera de la red Copago de \$45 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Copago de \$45 por examen auditivo de rutina.* Copago de \$699 por cada audífono para audífonos Advanced.* Copago de \$999 por cada audífono para audífonos Premium.* *Los copagos por exámenes auditivos de rutina y por audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Costos de reclamos de garantía por pérdida y daño Servicios auditivos provistos por TruHearing		
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: - Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas cubriremos lo siguiente: - Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para la prueba de detección de VIH preventiva cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica en el hogar; los servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). - Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla - Servicios médicos y sociales - Equipos y suministros médicos	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Dentro de la red Copago de \$15 por servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$40 por servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa y por vía subcutánea de	<i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i>	Fuera de la red Copago de \$40 por servicios de atención

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, suministrados conforme al plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo conforme al beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado Nota: Los servicios de terapia de infusión en el hogar (HIT) pueden requerir la coordinación de la provisión de medicamentos de infusión en el hogar administrados mediante un artículo del equipo médico duradero (DME) y los copagos y coseguros son aplicables a cada servicio cubierto.*	Dentro de la red Copago de \$15 por servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.* 20% del costo para equipo médico duradero.*	médica en el hogar cubiertos por Medicare.* 30% del costo para equipo médico duradero cubierto por Medicare.*
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dan 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. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la parte A y la parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare y no Care N' Care Choice MA-Only (PPO). Usted no paga si recibe cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y los cuidados paliativos.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA tiene, controla o sobre los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor. • Servicio de cuidado de relevo a corto plazo. • Cuidados en el hogar. Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si usted elige permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios 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 facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le cobrará el costo compartido de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
dichos servicios, 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, usted paga el costo compartido del plan por los servicios fuera de la red. <u>Para los servicios cubiertos por <i>Care N' Care Choice MA-Only (PPO)</i>, pero que no están cubiertos por la parte A o la parte B de Medicare: <i>Care N' Care Choice MA-Only (PPO)</i> 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 su monto del costo compartido del plan por estos servicios.</u> <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con el cuidado de hospicio que recibe por su afección terminal, usted paga el costo compartido.</u> <u>Si se relacionan con el cuidado de hospicio que recibe por su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: Si necesita atención no relacionada con la atención de hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • 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 cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.	Fuera de la red Copago de \$30 por cada vacuna preventiva cubierta por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para vacunas contra la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habitual • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidado intensivo o coronario) • Drogas y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
	Dentro de la red Días 1 a 5; copago de \$50 por día. Días 6 en adelante; copago de \$0 por día.	Fuera de la red 10% del costo
	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.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a 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 de trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar alejado, 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 glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios de médicos	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (“¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre un límite de por vida de 190 días por servicios de atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes internados en un hospital no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
	Dentro de la red Copago de \$1,500 para una hospitalización cubierta por Medicare.	Fuera de la red 10% del costo de una hospitalización cubierta por Medicare.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en	<i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i>	
	Dentro de la red	Fuera de la red

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de médicos - Médico de atención primaria - Médico especialista - Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) - en las instalaciones del laboratorio - en un centro médico para pacientes externos - Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos - Quirúrgicos, como vendajes - Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones - Prótesis y dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un	Copago de \$0	Copago de \$20
	Copago de \$0. Copago de \$10.	Copago de \$20 Copago de \$20
	Copago de \$0 por análisis de laboratorio en un centro independiente	Copago de \$10 por análisis de laboratorio en un centro independiente
	Copago de \$5 por análisis de laboratorio en un centro para pacientes externos	Copago de \$25 por análisis de laboratorio en un centro para pacientes externos
	Copago de \$0 por procedimientos de diagnóstico en un centro independiente	Copago de \$10 por procedimientos de diagnóstico en un centro independiente
	Copago de \$5 por procedimientos de diagnóstico en un centro para pacientes externos	Copago de \$25 por procedimientos de diagnóstico en un centro para pacientes externos
	Copago de \$0 para radiografías	Copago de \$10 a \$25 para radiografías
	20% del costo para radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.	30% del costo para radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.
	20% del costo 20% del costo	30% del costo 30% del costo

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o 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		
• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente	20% del costo	30% del costo
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Copago de \$10.	Copago de \$20

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
usted reciba más horas de tratamiento, con la remisión de un 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.		
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en materia de salud que proporciona capacitación práctica relacionada con el cambio en la alimentación a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Medicamentos con receta de la parte B de Medicare 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:	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
	Dentro de la red 20% del costo para medicamentos para radiación y quimioterapia de la parte B de Medicare. 20% del costo para otros medicamentos de la parte B de Medicare.	Fuera de la red 30% del costo para medicamentos para radiación y quimioterapia de la parte B de Medicare. 30% del costo para otros medicamentos de la parte B de Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesaria por razones médicas, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias Algunas categorías de medicamentos de la parte B pueden estar sujetas al tratamiento escalonado de la parte B.		
 Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor que 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo 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 o profesional para obtener más información.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamiento preventivos.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Tratamientos asistidos con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los	Dentro de la red Copago de \$25 por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$50 por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de MAT (si corresponde). • Asesoramiento por el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis toxicológicos. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.		
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros servicios y suministros para pacientes diabéticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías - incluidas con la consulta al médico - en un centro para pacientes ambulatorios - Medición de la masa ósea de diagnóstico - Estudio del sueño: en el hogar. - Prueba de esfuerzo en caminadora, prueba de función pulmonar, estudio del sueño: otros lugares. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos: - Ecocardiograma, ultrasonido - Colonoscopia de diagnóstico, mamografía de diagnóstico - Tomografía computarizada (CT), otros servicios de radiología de diagnóstico (reúne las demás pruebas en una definición de copago único) - Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	<i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i> Dentro de la red Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$0. Copago de \$25 20% del costo Copago de \$50 Copago de \$50 Copago de \$150 20% del costo 20% del costo 20% del costo	Fuera de la red Copago de \$10. Copago de \$25 Copago de \$75 Copago de \$150 Copago de \$150 30% del costo Copago de \$75 Copago de \$150 Copago de \$200 30% del costo 30% del costo 30% del costo

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• Análisis de laboratorio - en las instalaciones del laboratorio - en un centro hospitalario para pacientes externos • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos - en el consultorio de un médico - en un centro médico para pacientes externos	Copago de \$0 Copago de \$5 Copago de \$0 para la sangre después de las 3 primeras pintas Copago de \$0. Copago de \$5	Copago de \$10. Copago de \$25 30% del costo para la sangre después de las 3 primeras pintas Copago de \$10. Copago de \$25
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios provistos para determinar si usted debe ser ingresado como paciente internado o recibir el alta. Para que los servicios de observación hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y estatutos del personal del hospital admiten a los pacientes en el hospital u ordenan pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen como paciente internado, usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que corresponden a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque	Dentro de la red: Copago de \$100 por servicios de observación cubiertos por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$225 por servicios de observación cubiertos por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (“¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i>	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Laboratorio • Atención de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa - Hospitalización parcial - Terapia grupal para pacientes ambulatorios - Consulta de terapia individual • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • - Radiología, ultrasonido, ecocardiografía de diagnóstico • - Colonoscopia, mamografía de diagnóstico • - Tomografía computarizada (CT), otros servicios de radiología de diagnóstico (reúne las demás pruebas en una definición de copago único) - 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 administrarse por sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que lo ingresen como paciente internado,	Dentro de la red Copago de \$100 para servicios hospitalarios cubiertos por Medicare. Copago de \$100 para servicios de observación cubiertos por Medicare Copago de \$5 Copago de \$55 Copago de \$25 Copago de \$25 Copago de \$0 Copago de \$50 Copago de \$50 Copago de \$150 20% del costo 20% del costo Copago de \$0 20% del costo	Fuera de la red Copago de \$225 para servicios hospitalarios cubiertos por Medicare. Copago de \$225 para servicios de observación cubiertos por Medicare Copago de \$25 Copago de \$100. Copago de \$50 Copago de \$50 Copago de \$10 a \$25 Copago de \$75 Copago de \$150 Copago de \$200 30% del costo 30% del costo Copago de \$30 30% del costo

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
usted es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido que corresponden a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una ficha técnica de Medicare llamada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (“¿Es un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.		

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra con licencia estatal o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado.	Dentro de la red Copago de \$25 para cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y Copago de \$25 por cada consulta de terapia grupal. Copago de \$25 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un tipo distinto de especialista y copago de \$25 para cada consulta de terapia grupal.	Fuera de la red Copago de \$50 para cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare y Copago de \$50 por cada consulta de terapia grupal. Copago de \$50 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un tipo distinto de especialista y copago de \$50 para cada consulta de terapia grupal.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	Dentro de la red Copago de \$10 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$10 para cada consulta de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$20 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$20 para cada consulta de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen sesiones grupales e individuales para el tratamiento por abuso de sustancias.	Dentro de la red Copago de \$35 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$35 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$50 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$50 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Dentro de la red Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$50 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Copago de \$100 por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios para servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de \$100 por servicios de observación cubiertos por Medicare.	Fuera de la red Centro quirúrgico ambulatorio Copago de \$50 por consulta en un centro quirúrgico ambulatorio. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Copago de \$225 por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare. Copago de \$225 por servicios de observación cubiertos por Medicare.
Beneficio de productos de venta libre (OTC) Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta, como vitaminas, protección solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, y vendas. Tiene 2 opciones para realizar el pedido: - En línea: visite livewell.medline.com/CNC. - Por teléfono: llame sin cargo a un representante de servicio al cliente de artículos de venta libre (OTC) al 833-492-9866 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central, de lunes a viernes. Sin costo adicional, su pedido se enviará a la dirección que proporcionó cuando realizó dicho pedido.	Usted paga \$0. Usted tiene \$40 por trimestre (3 meses) para usar en artículos OTC aprobados por el plan. Los períodos trimestrales de beneficios de artículos de venta libre se extienden de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre. Si no usa la totalidad de su monto trimestral de beneficios para OTC cuando realice el pedido, el saldo restante NO se traslada al siguiente período de beneficios de OTC. Todo monto de beneficio de artículos de venta no utilizado vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios.	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Consulte su Catálogo de productos OTC 2023 para conocer una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de servicio al cliente de OTC para obtener más información. Beneficio de OTC provisto por Medline Industries	Nota: Si agota su beneficio trimestral de artículos de venta libre, aun así puede ordenar del catálogo usando su propio método de pago de gastos que paga de su bolsillo. Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.	
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Dentro de la red Copago de \$55 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$100 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos y de atención médica médicamente necesarios suministrados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de un hospital para pacientes externos o en 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. • Ciertos servicios de telemedicina, como las visitas al consultorio del médico, ofrecidos mediante los servicios médicos o profesionales. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o por telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios por telemedicina, debe usar un proveedor	Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta con el PCP cubierta por Medicare. Copago de \$10 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Para los servicios proporcionados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos, consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” en la página anterior. Copago de \$0 para: Servicios de médicos de atención primaria Copago de \$25 por:	Fuera de la red Copago de \$20 por cada consulta con el PCP cubierta por Medicare. Copago de \$20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Para los servicios proporcionados por médicos en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos, consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” en la página anterior.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
de la red que ofrezca el servicio por telemedicina. ○ <i>Servicios de médicos de atención primaria</i> ○ <i>Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental</i> ○ <i>Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental</i> ○ <i>Alergia e inmunología</i> ○ <i>Cardiología</i> ○ <i>Dermatología</i> ○ <i>Endocrinología</i> ○ <i>ENT/otorrinolaringólogo</i> ○ <i>Ginecología</i> ○ <i>Obstetricia/ginecología (OB/GYN)</i> ○ <i>Enfermedades infecciosas</i> ○ <i>Nefrología</i> ○ <i>Neurología</i> ○ <i>Oftalmología</i> ● Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros con diálisis en el hogar en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro ● Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de dónde esté ● Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de miembro. ● Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar y tratar los trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: ○ Tiene una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta	Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental Sesiones grupales para Servicios especializados de salud mental Copago de \$10 para: alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringólogo (ENT)/otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ginecología (OB/GYN), enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología	

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
de telemedicina. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina. ○ Pueden realizarse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. ● Servicios de telemedicina para las visitas de salud mental provistas por Rural Health Clinics y los centros de salud calificados federalmente. ● Seguimientos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 y 10 minutos si se cumple todo lo siguiente: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ Los seguimientos no se relacionan con una visita al consultorio durante los últimos 7 días. ○ Los seguimientos no conducen a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima. ● Evaluación de videos o imágenes que envió a su médico e interpretación y seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio durante los últimos 7 días. ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más próxima. ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o la historia clínica electrónica si usted 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,		

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico)		
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Dentro de la red Copago de \$20 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$50 por cada servicio de podiatría cubierto por Medicare.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba anual del antígeno prostático específico (PSA). No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de tacto rectal anual cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$30 por una prueba de antígeno prostático específico (PSA) anual cubierta por Medicare. Copago de \$30 por un examen de tacto rectal anual cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos.	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Dentro de la red 20% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. 20% del costo para suministros relacionados cubiertos por Medicare.	Fuera de la red 30% del costo para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. 30% del costo para suministros relacionados cubiertos por Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
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).		
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y para terapia de rehabilitación pulmonar por el médico que atiende la enfermedad respiratoria crónica.	Dentro de la red Copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
Tecnologías de acceso remoto (Línea directa de atención de enfermería)	<u>Dentro de la red:</u> No se requiere coseguro, copago, ni deducible para tecnologías de acceso remoto (línea directa de atención de enfermería).	<u>Fuera de la red:</u> No se requiere coseguro, copago, ni deducible para tecnologías de acceso remoto (línea directa de atención de enfermería). Debe utilizar proveedores preferidos para este beneficio
 Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas. 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.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de al menos 20 años por paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para pruebas de detección de cáncer del pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</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 profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	Dentro de la red 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.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un alto riesgo de tener una ETS cuando las pruebas las solicita un médico de	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento cubiertos por Medicare.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de entre 20 y 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.		
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación para las enfermedades renales para enseñar a los miembros a cuidar sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios de educación sobre enfermedades de los riñones 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, o cuando el proveedor que le presta este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). • 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 hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para	<i>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</i> Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% del costo para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare. 20% del costo para capacitación para la autodiálisis. 20% del costo para equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. 20% del costo para servicios de apoyo en el hogar. 20% del costo para medicamentos de la parte B de Medicare.	Fuera de la red 30% del costo para servicios de educación sobre enfermedades de los riñones cubiertos por Medicare. 30% del costo para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare. 30% del costo para capacitación para la autodiálisis. 30% del costo para equipos y suministros para autodiálisis en el hogar. 30% del costo para servicios de apoyo en el hogar. 30% del costo para medicamentos de la parte B de Medicare.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). 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”.		
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 10 de este documento, encontrará una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”. que suele denominarse “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF	<i>Los servicios requieren autorización previa.</i>	
	Dentro de la red Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF 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.	Fuera de la red Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF 10% del costo

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios médicos o profesionales En general, usted obtendrá la atención de 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 por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención en un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.		
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni 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 personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento para dejarlo dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD) y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos e incluir un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o profesional de enfermería/enfermero clínico que debe recibir capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas para un adicional de 36 sesiones durante un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera necesario por razones médicas.	Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta SET cubierta por Medicare.	Fuera de la red Copago de \$20 por cada consulta SET cubierta por Medicare.
Texas Health Care at Home Los servicios hospitalarios en el hogar permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y en el hogar. La atención comienza después de que lo evalúan, si se determina que es elegible y un médico	Dentro de la red <i>Los servicios requieren autorización previa.</i> Días 1 a 5: Copago de \$50 Días 6 a 90:	Fuera de la red 10% del costo para proveedores fuera de la red.

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
hospitalista lo remite. El médico hospitalista tendrá en cuenta sus criterios de elegibilidad incluidas sus afecciones médicas y su ubicación geográfica. Si el médico hospitalista aprueba al paciente, el empleado de admisiones llevará a cabo un examen de seguridad del paciente para ver si el hogar del paciente es seguro tanto para el paciente como para los proveedores que brindarán atención al paciente en su hogar. El examen de seguridad evalúa cuestiones de seguridad, como la presencia de un cuidador en el hogar, los posibles riesgos de caídas, el agua corriente, la cobertura de telefonía móvil fiable, etc. Si un paciente pasa el examen de seguridad, se lo puede admitir en el programa, siempre y cuando el paciente preste su consentimiento. Recibirá tratamiento y seguimiento en su hogar por parte de un equipo de proveedores. Las afecciones que son elegibles para su tratamiento con este beneficio pueden ser: asma, bronquitis y otros diagnósticos del sistema respiratorio; insuficiencia cardíaca y choque; neumonía simple y pleuritis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); celulitis; infecciones renales y de las vías urinarias (UTI).	Copago de \$0.	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se prestan para tratar una situación que no sea de emergencia, una enfermedad médica no prevista, una lesión o una afección que requiera atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener los servicios de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera del plan son i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención	Dentro de la red Copago de \$25 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de \$100 por servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*	Fuera de la red Copago de \$25 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de \$100 por servicios de atención de urgencia en todo el mundo.*
	*La cobertura se limita a \$100,000 por 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)

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
médica de un proveedor de la red, entonces el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo. Si tiene una necesidad urgente de atención mientras se encuentra fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar constancia del pago a Care N' Care para recibir un reembolso. Para obtener más información, consulte la Sección 2 del Capítulo 7. Es posible que no le podamos reembolsar todos los gastos que paga de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser más bajas que las tarifas del proveedor fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como el copago del miembro para servicios de urgencia en todo el mundo. Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.		
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de tener glaucoma incluyen: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	Dentro de la red Copago de \$20 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare. Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare	Fuera de la red Copago de \$35 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. Copago de \$30 por una prueba de detección de glaucoma anual cubierta por Medicare. Copago de \$30 para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

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

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
• 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 un 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 auditivo de rutina (hasta uno por año). • Lentes de contacto o anteojos (monturas y lentes). Cualquier monto que supere el monto máximo del beneficio es responsabilidad del miembro. **Con la presentación del recibo pagado y el formulario de reembolso completado. Atención de la vista de rutina provista por EyeMed.	con un monto máximo del beneficio que no debe superar los \$150.** Copago de \$0 para exámenes de la vista de rutina. Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto (lentes y marcos) con un monto máximo del beneficio que no debe superar \$150.	cubiertos por Medicare con un monto máximo del beneficio que no debe superar los \$150.** Copago de \$35 para exámenes de la vista de rutina. Copago de \$30 para anteojos o lentes de contacto (lentes y marcos) con un monto máximo del beneficio que no debe superar \$150.**
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como 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. Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la parte B de Medicare. Cuando programe su cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago o deducible por un consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	Fuera de la red Copago de \$30 por este servicio preventivo.

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar

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

Puede elegir inscribirse en una Cláusula de salud odontológica complementaria opcional durante el Período de elección anual del 15 de octubre al 7 de diciembre. Su cobertura entrará en vigencia a partir del 1 de enero. También puede elegir inscribirse en una Cláusula de salud odontológica complementaria opcional en cualquier momento durante el año fuera del Período de elección anual. Una vez que esté inscrito, su cobertura de Cláusula de salud odontológica complementaria opcional entrará en vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Para inscribirse, llame a nuestro equipo de experiencia al cliente; la información de contacto puede encontrarse en la contraportada de este documento.

Si decide que ya no desea seguir inscrito en la Cláusula de salud odontológica complementaria opcional, comuníquese con nuestro equipo de experiencia al cliente para cancelar la inscripción. Cualquier pago restante se le reembolsará una vez que haya cancelado la inscripción de la Cláusula de salud odontológica complementaria opcional. No podrá volver a inscribirse hasta el próximo Período de elección anual, del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Si se inscribe en una cláusula de salud odontológica, su inscripción continuará anualmente, salvo que elija finalizar la cobertura. Si elige cambiarse a otro plan Care N' Care, deberá volver a inscribirse en la cláusula adicional dental.

La prima mensual para la Cláusula de salud odontológica es de \$25. Debemos recibir el pago de la prima para la Cláusula de salud odontológica en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso del saldo de su cuenta y le informaremos que esta puede seguir empleándose en la actividad de cobranza. Su membresía en la Cláusula de salud odontológica finalizará si no recibimos su pago dentro de los 90 días.

Cláusula adicional de salud dental de Care N' Care

- Prima mensual de \$25
- Máximo de beneficio anual (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 (MOOP) del plan.
- Sin período de espera después de la inscripción
- Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.

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

- Los miembros serán responsables de la diferencia entre la tarifa dentro de la red y el monto presentado por los servicios fuera de la red.

Servicios de restauración básica (empastes)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2140	Empaste de amalgama: una superficie, dientes de leche o permanentes	Frecuencia Una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses. *El servicio de restauración no se permite una vez que los servicios de corona se prestaron para la superficie.	20% del costo
D2150	Empaste de amalgama: dos superficies, dientes de leche o permanentes		
D2160	Empaste de amalgama: tres superficies, dientes de leche o permanentes		
D2161	Empaste de amalgama: cuatro superficies, dientes de leche o permanentes		
Servicios de restauración con resina (empastes)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	Una restauración por diente, por superficie, una vez cada 24 meses. * No se permiten restauraciones una vez que se haya colocado una corona.	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: más de cuatro superficies, anteriores		
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior		
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior		
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores		
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores		
D2394	Compuesto a base de resina: más de cuatro superficies, posteriores		

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

Restauraciones de incrustación/recubrimiento			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2510	Incrustación: de metal, una superficie	Una restauración por diente cada 60 meses.	20% del costo
D2520	Incrustación: de metal, dos superficies		
D2530	Incrustación: de metal, tres o más superficies		
D2542	Recubrimiento: de metal, dos superficies		
D2543	Recubrimiento: de metal, tres superficies		
D2544	Recubrimiento: de metal, cuatro o más superficies		
D2610	Incrustación: de porcelana/cerámica, una superficie		
D2620	Incrustación: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D2630	Incrustación: de porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D2642	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D2643	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, tres superficies		
D2644	Recubrimiento: de 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)

Únicamente restauración de corona individual (corona significa prostodoncia)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2710	Corona: de resina (indirecta)	Una restauración por diente cada 60 meses.	50% del costo
D2712	Corona: 3/4 de compuesto a base de resina (indirecta)		
D2720	Corona: de resina con metal altamente noble		
D2721	Corona: de resina con metal base predominantemente		
D2722	Corona: de resina con metal noble		
D2740	Corona: de porcelana/cerámica		
D2750	Corona: de porcelana pura a metal altamente noble		
D2751	Corona: de porcelana pura a metal base predominantemente		
D2752	Corona: de porcelana pura a metal noble		
D2753	Corona: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble		
D2781	Corona: 3/4 de metal base predominantemente		
D2782	Corona: 3/4 de metal noble		
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica		
D2790	Corona: completa de metal altamente noble		
D2791	Corona: completa de metal base predominantemente		
D2792	Corona: completa de metal noble		
D2794	Corona: de titanio		
D2799	Corona provisoria	Incluida en el beneficio de colocación de coronas.	

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

Servicios de restauración importante (una corona significa prostodoncia)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D2910	Recementado o reempastado de incrustaciones, recubrimientos, revestimiento 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	Recementación o readhesión de piezas fabricadas indirectamente		
D2920	Recementación o readhesión de la corona		
D2940	Restauración protectora: colocación directa de material de restauración para proteger la forma del diente o el tejido. Es posible que este procedimiento también se use para aliviar el dolor, promover la curación o prevenir futuros deterioros.	Una vez por diente de por vida.	
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidos los pernos, si fuera necesario	Una de (D2950, D2952, D2954) una vez por diente, cada 60 meses. No se permite con restauraciones de resina o amalgama.	50% del costo
D2952	Perno y muñón, además de la corona		
D2954	Perno y muñón, además de la corona, prefabricados		
D2951	Retención de perno: por diente, además de la restauración	Una vez por diente durante 60 meses con restauración con resina o amalgama. Se incluye con estos servicios D2950, D2952 y D2954	50% del costo
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: mismo diente	Uno por diente cada 60 meses, incluido con D2952.	
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	

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

D2990	Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficies lisas	Una 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 no especificado, según informe		
Pulpotomía			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3220	Pulpotomía terapéutica	Una de (D3220 o D3221) una vez por diente de por vida. No se permite junto con un tratamiento de conducto realizado por el mismo proveedor/en la misma ubicación en un plazo de 90 días.	50% del costo
D3221	Desbridamiento pulpar total en dientes de leche y permanentes		
Tratamiento de conducto			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3310	Endodoncia (tratamiento de conducto), anterior	Una vez por diente permanente de por vida.	50% del costo
D3320	Endodoncia (tratamiento de conducto), bicúspide		
D3330	Endodoncia (tratamiento de conducto), molar		
D3331	Obstrucción del tratamiento de conducto; acceso no quirúrgico		
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo, anterior		
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo, bicúspide		
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo, molar		
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado		
Servicios de apicectomía/perirradiculares			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D3410	Apicectomía: anterior	Una vez por diente permanente	50% del costo

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

D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular, bicúspide (primera raíz)	de por vida.	
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)		
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)		
D3430	Empaste retrógrado	Una vez por diente de por vida.	
Servicios quirúrgicos periodontales (incluidos los servicios posquirúrgicos habituales)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4210	Gingivoplastia, gingivectomía: cuatro o más dientes contiguos o espacios de dientes delimitados por cuadrante	Una de (D4210, D4211) una vez por cuadrante, cada 36 meses, por paciente.	50% del costo
D4211	Gingivectomía de gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios de dientes delimitados por cuadrante		
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el pulido radicular: cuatro o más dientes contiguos afectados o espacios interdentes por cuadrante		
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el pulido radicular: alisado, uno a tres dientes contiguos o espacios de dientes delimitados, por cuadrante		
D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes contiguos o espacios de dientes delimitados espacios por cuadrante		
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante		

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

D4249	Alargamiento de corona clínica: 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 por cuadrante*	Una de (D4341 o D4342), una vez por cuadrante, cada 36 meses.	50% del costo
D4342	Raspado y pulido radicular periodontales: de 1 a 3 dientes afectados por cuadrante		
D4355	Desbridamiento en toda la boca para permitir la evaluación y el diagnóstico periodontal integral	Uno cada 36 meses.	
Otros servicios periodontales			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D4910	Procedimientos de mantenimiento periodontal (luego de terapia activa)	Cuatro códigos D4910 cada 12 meses.	50% del costo
D4999	Procedimiento periodontal no especificado: narrativa de la necesidad médica y descripción del servicio		
Dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5110	Dentadura postiza completa maxilar	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	50% del costo
D5120	Dentadura postiza completa mandibular	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	

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 maxilar parcial: con base de resina (incluidos ganchos, soportes y dientes convencionales)	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses	50% del costo
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: armazón de metal con base de resina		
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: base de resina		
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: armazón de metal con base de resina	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5221	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base de resina	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses	
D5223	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata, armazón de metal con base de resina		
D5222	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base de resina	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, armazón de metal con bases de resina de dentadura postiza		
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
D5227	Dentadura postiza maxilar parcial inmediata: base flexible	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	

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

D5228	Dentadura postiza mandibular parcial inmediata: base flexible	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866, D6111, D6113), una vez cada 60 meses.	
Ajustes de prótesis removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	20% del costo
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa mandibular	Dos ajustes por arco cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	20% del costo
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial maxilar		
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial mandibular		
Reparaciones de dentaduras postizas completas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5511	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	20% del costo
D5512	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, maxilar		
D5520	Reemplazo de dientes quebrados o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente)		
D5611	Reparación de base de resina de dentadura postiza, mandibular	Una vez por arco cada 12 meses.	
D5612	Reparación de base de resina de dentadura postiza, maxilar		
D5621	Reparación de armazón, mandibular		
D5622	Reparación de armazón, maxilar		
D5630	Reparación o reemplazo de gancho quebrado: por diente		
D5640	Reemplazo de dientes quebrados: por diente		
D5650	Adición de diente a la dentadura postiza parcial existente		

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

D5660	Adición de gancho a la dentadura postiza parcial existente: por diente		
Procedimientos de rebasado de dentaduras postizas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	Una de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	Una de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	Una de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial) meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	Una de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	Una de D5725 por arco cada 36 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
Procedimientos de revestimiento de dentaduras postizas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Una de (D5710, D5730, D5750) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	20% del costo
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)		
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Una de (D5711, D5731, D5751) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)		

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

D5740	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	Una de (D5720, D5740, D5760) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5760	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)		
D5741	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	Una de (D5721, D5741, D5761) cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
D5761	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)		
D5765	Revestimiento suave para dentaduras postizas completas o parciales (indirecto)	Una de D5765 por arco cada 36 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial)	
Otros servicios para prótesis removibles			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D5850	Acondicionamiento de tejido maxilar	Solo con la fabricación de una dentadura postiza nueva. No se permite durante 60 meses después de la entrega de la dentadura postiza nueva.	20% del costo
D5851	Acondicionamiento de tejido mandibular		
D5863	Sobredentadura: maxilar completa		50% del costo
D5864	Sobredentadura: maxilar parcial	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864), una vez cada 60 meses	
D5865	Sobredentadura: mandibular completa	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D5866), una vez cada 60 meses	
D5866	Sobredentadura: mandibular parcial		
D5876	Adición de subestructura de metal a la dentadura postiza acrílica completa	Solo se permite en la misma fecha del servicio que D5110, D5120, D5130, D5140	
D5899	Procedimientos de prostodoncia removible no especificados		
D5999	Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe		

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 implante: implante endóxico	Una de (D6010, D6013) cada 60 meses por cuadrante.	50% del costo
D6013	Colocación quirúrgica de minimplante		
D6056	Pilar prefabricado: incluye la modificación y colocación	Una de (D6056, D6057) cada 60 meses por diente.	
D6057	Pilar fabricado a medida: incluye la colocación		
D6091	Sustitución de una pieza reemplazable de un accesorio de precisión o semiprecisión (componente masculino o femenino) de una prótesis apoyada en pilar/implante, por accesorio	Uno por diente cada 12 meses (después de los 6 meses de la colocación inicial).	
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en pilar	Una de (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082, D6083, D6084,	
D6059	Corona de porcelana pura a metal (altamente noble) apoyada en pilar		
D6060	Corona de porcelana pura a metal (base) apoyada en pilar		
D6061	Corona de porcelana pura a metal (noble) apoyada en pilar	D6086, D6087, D6088, D6094, D6097, D6098, D6099, D6120, D6121, D6122, D6123, D6195) por 60 meses por cuadrante	
D6062	Corona de metal (altamente noble) apoyada en pilar		
D6063	Corona de metal (base) apoyada en pilar		
D6064	Corona de metal (noble) apoyada en pilar		
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante		
D6066	Corona apoyada en implante de porcelana pura a metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)		

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

D6067	Corona de metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)		
D6068	Retenedor apoyado en pilar para dentadura parcial fija (FPD) de porcelana/cerámica		
D6069	Retenedor apoyado en pilar para dentadura parcial fija de porcelana pura a metal (metal altamente noble)		
D6070	Retenedor apoyado en pilar para dentadura parcial fija de porcelana pura a metal (metal predominantemente base)		
D6071	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de porcelana pura a metal (noble)		
D6072	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de metal (altamente noble)		
D6073	Retenedor apoyado en pilar para dentadura parcial de metal (metal predominantemente base)		
D6074	Retenedor apoyado en pilar para dentaduras postizas parciales fijas de metal (metal noble)		
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de cerámica		
D6076	Retenedor apoyado en implante para dentadura parcial fija de porcelana pura a metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)		
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura parcial de metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)		

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

D6082	Corona apoyada en implante, porcelana pura a predominantemente aleaciones de metal base		
D6083	Corona de porcelana pura apoyada en implante fundida predominantemente a aleaciones de metal noble		
D6084	Corona de porcelana pura apoyada en implante fundida a titanio y aleaciones de titanio		
D6086	Corona apoyada en implante, predominantemente aleaciones de metal base		
D6087	Corona apoyada en implante: de aleaciones de metal noble		
D6088	Corona de titanio y aleaciones de titanio apoyada en implante		
D6094	Corona apoyada en pilar, titanio		
D6097	Corona apoyado en pilar, de porcelana pura a titanio y y aleaciones de titanio		
D6098	Retenedor apoyado en implante, porcelana pura a predominantemente aleaciones de metal base		
D6099	Retenedor apoyado en implante para dentadura parcial fija de porcelana pura a metal noble de metal base		
D6120	Retenedor apoyado en implante: de porcelana pura a titanio y y aleaciones de titanio	Una de (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente	
D6106	Regeneración tisular guiada: barrera absorbible, por implante		
D6107	regeneración tisular guiada: barrera no absorbible, por implante		

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

D6110	Dentadura postiza removible apoyada en pilar/implante para arco edéntulo: maxilar	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D7956	Regeneración tisular guiada, zona edéntula: barrera absorbible, por sitio	Una de (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente	
D7957	Regeneración tisular guiada, área edéntula no absorbible, por sitio	Una de (D6106, D6107, D7956, D7957) cada 60 meses por diente	
D6111	Dentadura postiza removible apoyada en pilar/implante para arco edéntulo: mandibular	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D6111, D6113), una vez cada 60 meses	
D6112	Dentadura postiza removible apoyada en pilar/implante para arco parcialmente edéntulo: maxilar	Una de (D5110, D5130, D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227, D5863, D5864, D6110, D6112), una vez cada 60 meses.	
D6113	Dentadura postiza removible apoyada en pilar/implante para arco parcialmente edéntulo: mandibular	Una de (D5120, D5140, D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228, D5865, D6111, D6113), una vez cada 60 meses	
D6121	Retenedor apoyado en implante para dentadura parcial fija de metal: predominantemente aleaciones de metal base		
D6122	Retenedor apoyado en implante para dentaduras postizas parciales fijas de metal: aleaciones de metal noble		
D6123	Retenedor apoyado en implante para dentadura parcial fija de metal: titanio y aleaciones de titanio		
D6191	Pilar de semiprecisión: colocación	Una de (D6191) cada 60 meses por diente.	
D6192	Accesorio de semiprecisión: colocación	Una de (D6192) cada 60 meses por diente.	
D6195	Retenedor apoyado en pilar: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		

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

D6090	Reparación de prótesis apoyadas en implante	Una vez por diente cada 24 meses solo después de 6 meses de la colocación inicial.	20% del costo
D6092	Recementación o readhesión de corona apoyada en implante/pilar		
D6093	Recementación o readhesión dentadura postiza parcial fija para implante/pilar		
D6197	Recolocación de material de restauración usado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis apoyada en implante fijada con tornillo, por implante		
Pónticos de dentadura postiza parcial fija			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6205	Póntico: de compuesto a base de resina indirecta	Una de (D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251, D6252) por diente cada 60 meses	50% del costo
D6210	Póntico: de metal altamente noble		
D6211	Póntico: de metal base predominantemente		
D6212	Póntico: de metal noble		
D6214	Póntico de titanio		
D6240	Póntico: de porcelana pura a metal altamente noble		
D6241	Póntico: de porcelana pura a metal		
D6242	Póntico: de porcelana pura a metal noble		
D6243	Póntico: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D6245	Póntico: de sustrato de porcelana/cerámica		
D6250	Póntico: de resina con metal altamente noble		
D6251	Póntico: de resina con metal base		
D6252	Póntico: de resina con metal noble		

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

D6545	Retenedor: de metal para prótesis fijas unidas con resina		
D6548	Retenedor: de porcelana/cerámica para prótesis fijas unidas con resina	Una 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	
D6549	Retenedor de resina: para prótesis fijas unidas con resina		
D6602	Incrustación de retenedor: de metal noble, dos superficies		
D6603	Incrustación de retenedor: de metal noble, tres o más superficies		
D6604	Incrustación de retenedor: de metal base, 2 superficies		
D6605	Incrustación de retenedor: de metal base, 3 o más superficies		
D6606	Incrustación de retenedor: de metal noble, dos superficies		
D6607	Incrustación de retenedor: de metal noble, 3 o más superficies		
D6608	Recubrimiento de retenedor: de porcelana/cerámica, dos superficies		
D6609	Recubrimiento de retenedor: de porcelana/cerámica, tres o más superficies		
D6610	Recubrimiento de retenedor: de metal altamente noble, dos superficies		
D6611	Recubrimiento de retenedor: de metal altamente noble, tres superficies		
D6612	Recubrimiento de retenedor: de metal predominantemente base, 2 superficies		
D6613	Recubrimiento de retenedor: de metal predominantemente base, 3 superficies		
D6614	Recubrimiento de retenedor: de metal noble, dos superficies		

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

D6615	Recubrimiento de retenedor: de metal noble, 3 o más superficies		
D6624	Incrustación de retenedor: de titanio		
D6634	Recubrimiento de retenedor: de titanio		
D6710	Corona de retención: compuesto a base de resina indirecta		
Coronas de retención de dentadura postiza parcial fija			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6720	Corona de retención: de resina con metal altamente noble	Una 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
D6721	Corona de retención: de resina con metal predominantemente base		
D6722	Corona de retención: de resina con metal noble		
D6740	Corona de retención: de porcelana/cerámica		
D6750	Corona de retención: de porcelana pura a metal altamente noble		
D6751	Corona de retención: de porcelana pura a metal		
D6752	Corona de retención: de porcelana pura a metal noble		
D6753	Corona de retención: de porcelana pura a titanio y aleaciones de titanio		
D6780	Corona de retención: 3/4 de metal altamente noble		
D6781	Corona de retención: 3/4 de metal predominantemente base		
D6782	Corona de retención: 3/4 de metal noble		
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio		
D6790	Corona de retención: completa de metal altamente noble		

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

D6791	Corona de retención: completa de metal base		
D6792	Corona de retención: completa de metal noble		
D6793	Corona de retención provisoria		
D6794	Corona de retención: de titanio		
Otros servicios de dentadura postiza parcial fija			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D6930	Recementación 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 sin especificar		50% del costo
Cirugía bucal y maxilofacial (cirugía bucal o extracciones)			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7140	Extracción: de diente brotado o raíz expuesta	Una vez por diente de por vida.	20% del costo
D7210	Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere la extracción de hueso o seccionamiento del diente		
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando		
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente ósea		
D7240	Extracción de diente impactado: completamente ósea		
D7241	Extracción de diente impactado: completamente ósea, con complicaciones quirúrgicas inusuales		
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales		
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de diente, solo el diente impacto		

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

Otros procedimientos quirúrgicos			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7260	Cierre de fístula oroantral	2 por arco de por vida.	50% del costo
D7261	Cierre primario de una perforación de la membrana sinusal		
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro		
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal: blando		
Alveoloplastia: preparación quirúrgica de bordes para dentaduras postizas			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de diente espacios por cuadrante	Una de (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.	50% del costo
D7311	Alveoloplastia con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de diente por cuadrante		
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios de diente por cuadrante cuadrante	Una de (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios de diente por cuadrante		
Vestibuloplastia			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7340	Vestibuloplastia: extensión de borde (epitelización secundaria)	Una por arco de por vida.	50% del costo
D7350	Vestibuloplastia, extensiones de borde (incluidos injertos de tejidos blandos, reimplantación muscular, revisión de la fijación de los tejidos blandos y gestión de los tejidos hipertrofiados e hiperplásicos) Extirpación quirúrgica de lesiones inflamatorias reactivas*		

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

Extirpación quirúrgica de lesiones inflamatorias reactivas*			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm		50% del costo
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm		
D7440	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7441	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm		
D7450	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7451	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm		
D7460	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm		
D7461	Extirpación de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm		
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	2 por arco de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el proveedor.	
D7472	Extracción de rodete palatino	Una vez de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el proveedor.	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	2 de por vida, por miembro, independientemente de quién sea el 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 abscesos: tejido blando intrabucal	No se permite junto con una extracción en la misma fecha del servicio.	50% del costo
D7520	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando extrabucal		
D7521	Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando extrabucal con complicaciones		
Otros procedimientos de corrección			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D7961	Frenectomía (frenilectomía) labial/bucal	Un código (D7961, D7963) una vez por arco de por vida	50% del costo
D7963	Frenuloplastia		
D7962	Frenectomía (frenilectomía) lingual	Una de (D7962) una vez por arco de por vida, por paciente	
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	Una vez por arco de por vida.	
D7971	Extirpación de encía pericoronal	Una vez por diente de por vida.	
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, según informe		
Anestesia			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9222	Sedación profunda/anestesia general: los primeros 15 minutos	Una por miembro por fecha del servicio. No se permite con los códigos (D9239, D9243) el mismo día.	50% del costo
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento subsiguiente de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite el mismo día con los códigos D9239, D9243.	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	Una por miembro por fecha del servicio. No se permite con los códigos (D9222, D9223, D9239, D9243, D9248) el mismo día.	
D9239	Sedación intravenosa moderada (consciente)	Una por miembro por fecha del servicio. No se permite con los códigos (D9222, D9223) el mismo día.	

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

D9243	Moderación intravenosa (consciente): cada incremento subsiguiente de 15 minutos	3 por miembro por fecha del servicio. No se permite el mismo día con los códigos D9222, D9223.	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente)	Una por miembro por fecha del servicio. No se permite con los códigos (D9222, D9223, D9230, D9239, D9243) el mismo día.	
Consulta con el profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita.	Una por proveedor o ubicación por año. No se permite con los códigos (D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180) por el mismo proveedor o sitio.	50% del costo
Visitas al profesional			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9410	Visita a domicilio/a un centro de atención prolongada	Una por fecha del servicio. 6 por año.	50% del costo
D9420	Visita al hospital o a un centro quirúrgico ambulatorio		
Servicios varios			
Código	Descripción	Frecuencia	Copago del miembro
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	2 códigos (D1206, D1208, D9910) cada 12 calendario.	50% del costo
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas)	Una vez por año. No se permite con atención posquirúrgica de rutina ni tratamiento de alveolitis seca.	
D9950	Análisis de oclusión: montaje en articulador	Una de (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9951	Ajuste oclusal: limitado	Una vez cada 12 meses.	
D9952	Ajuste oclusal: completo	Una de (D9950, D9952) cada 60 meses.	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, según informe		

Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.

SECCIÓN 3

¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1

Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que 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, salvo en las situaciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide, tras la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con lumbalgia crónica en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren para todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, producir una apariencia simétrica.

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
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, 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).
Los cargos cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comida a domicilio		Cubierto tras el alta de una hospitalización aguda Cubierto para ciertas afecciones crónicas (Consulte la Sección 3.1 del Capítulo 4)
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (tratamientos naturales o alternativos).	✓	

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		Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		Con cobertura hasta las limitaciones indicadas en Servicios dentales anteriormente indicados en el Capítulo 4.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión		Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. Cobertura de anteojos hasta los límites indicados en Atención de la vista en el Capítulo 4. Servicios de rutina cubiertos hasta las limitaciones indicadas en los servicios oftalmológicos 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
Cuidado de rutina de los pies		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		Audífonos y visitas del proveedor para hacer un mantenimiento de los audífonos (a menos que se describa específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, tarifas por devolución, tarifas por reclamación de garantía y baterías para audífonos (aparte de las 48 baterías gratuitas por audífono comprado).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.		A menos que estos servicios estén enumerados por nuestro plan como servicios cubiertos.

CAPÍTULO 5:

*Cómo solicitarnos que paguemos
la parte que nos corresponde
de una factura que usted ha
recibido para los servicios
médicos cubiertos*

Capítulo 5 Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió para los servicios médicos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. O bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). 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. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este Capítulo.

También puede haber ocasiones en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por un monto superior a la parte que le corresponde del costo compartido, como se indica en el documento. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no se resuelve, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor que no pertenece a la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Usted es responsable de pagar solo la parte que corresponde del costo para los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de prestar atención de emergencia. Si usted paga, por error, el monto total en el momento en que recibe la atención, solicitenos que le rembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos la 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 el monto de la parte que nos correspondía.
- Tenga en cuenta que: 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

Capítulo 5 Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió para los servicios médicos cubiertos

podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando obtiene servicios cubiertos. 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos 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, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto 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 cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.

Llame al equipo de experiencia al cliente para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono del equipo de experiencia al cliente están impresos en la contraportada de este documento).

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 documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Capítulo 5 Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió para los servicios médicos cubiertos

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para las reclamaciones médicas, asegúrese de incluir su información de miembro y la del proveedor, la fecha del servicio, los códigos para el servicio o los suministros, los códigos de diagnóstico (ICD10) y el monto cobrado junto con los recibos detallados de cada suministro o servicio que haya recibido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.cnchealthplan.com) o llame al equipo de experiencia al cliente y pida el formulario.

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

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

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos *no* cubrir la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con respecto al 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Equipo de experiencia al cliente.

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para obtener servicios de atención médica preventiva y de rutina relacionados.

Si los proveedores de la red del plan de una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan buscar proveedores de esa especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención que necesita. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. En caso de encontrarse en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar un reclamo ante Care N' Care. Puede llamar al Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. Están disponibles: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora 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 al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-877-374-7993. TTY users call 711.

Our plan has people and free language interpreter services available to answer questions from disabled or 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 Member Services (telephone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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. You can call your Customer Experience Team at 1-877-374- 7993. Están disponibles: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-663-4227) 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 Member Services for additional information.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a concurrir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación e igualmente pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a programar las 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 considera que no está recibiendo la atención médica dentro de un plazo razonable, en la Sección 9 del Capítulo 7 de este documento 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 médicos y su información médica personal. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos proporcionar su información médica a alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *primero tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito o la de la persona a quien usted le haya otorgado 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.

- 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 de salud 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; por lo general, esto implica que no se comparta la información que lo identifica de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

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

Usted tiene derecho a saber la manera en que se ha compartido la información sobre su salud 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.

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.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Equipo de experiencia al cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **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.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4, se brinda información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7, se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que un servicio médico no está cubierto o si su cobertura se encuentra restringida. En el Capítulo 7, también se incluye información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de 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.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o 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”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos específicos se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder de representación para las decisiones de atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su abogado o 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.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde 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.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario, que puede tomar decisiones por usted en caso de no poder hacerlo. Quizás desee entregar copias a amigos cercanos o a miembros de la familia. Conserve una copia en su hogar.

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

- En el hospital, 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 que es su elección si desea completar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí 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, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

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

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

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Equipo de experiencia al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al Equipo de experiencia al cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más detalles, 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.)
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1- 877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Equipo de experiencia al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Con esta *Evidencia de Cobertura* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.

- En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre los servicios médicos.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud o una cobertura aparte de medicamentos con receta por separado, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que acuda a obtener atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a los médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud.
Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio del médico, de los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando las primas de la parte B de Medicare para seguir siendo un miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de coberturas y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas reclamos.

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para facilitar todo, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuadas en su caso. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

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

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado cuenta con un programa del gobierno con asesores capacitados. 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 asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

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

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.

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

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

Sí.

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

No.

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

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES DE COBERTURAS Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de coberturas y apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de coberturas y presentar apelaciones: panorama general**

Las decisiones de coberturas y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluido 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.

Cómo solicitar decisiones de coberturas antes de recibir los servicios

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 de él 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 particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud se incluye si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos los motivos del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

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 un 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.

Cómo presentar una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los

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

ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud se incluye si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado a hacerlo o si pide que su solicitud se retire. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos los motivos del rechazo y cómo solicitar una revisión de este.

Si no rechazamos su caso, pero se rechaza la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 está a cargo de una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones sobre servicios médicos y medicamentos de la parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; usted no debe hacer nada. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

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

- **Puede comunicarse con nosotros llamando al Equipo de experiencia al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia en Seguros De Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si el médico le ayuda en una apelación después del nivel 2, tendrá que designarse como su representante. Llame al equipo de experiencia al cliente y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
 - 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.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al equipo de experiencia al cliente y solicite el formulario “Nombramiento de un representante”. (El 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.
 - 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

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

independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado 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 solicite algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen tres situaciones diferentes que suponen decisiones de coberturas 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 pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Equipo de experiencia al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa de asistencia del seguro de salud estatal.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos 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 documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, generalmente hablamos de “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes para solicitar un medicamento con receta de la parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para medicamentos con receta de la parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

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

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

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

Una “**decisión de cobertura estándar**” suele tomarse en un plazo 14 días o 72 horas para los medicamentos de la parte B. Una “**decisión de cobertura rápida**” suele tomarse en un plazo 72 horas para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar la cobertura de atención médica que *aún no ha recibido*.
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *únicamente* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “**decisión de cobertura rápida**”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

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

- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo del médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Explique que usaremos los plazos estándares.
 - Explique que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si la 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.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para la decisión de cobertura rápida utilizamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si la solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales.** Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos 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 considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se llama una “ reconsideración ” del plan.
--

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

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

Una “apelación estándar” suele realizarse en un plazo de 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.

- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón de por qué su apelación es tardía cuando presenta la apelación. Es posible que le proporcionemos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada puede incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

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

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

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

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Nos comunicaremos con usted o su médico si necesitamos más información.

Plazos límite para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para

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

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 indicada (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud para una apelación de Nivel 2, la cual será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, su apelación se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.
- 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

- Para la “apelación rápida”, 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 su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos 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

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

- Para la “apelación estándar” si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si la solicitud es para medicamentos con receta de la parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento en las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos 24 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que hará lo siguiente:
 - Explicar su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares con el que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- A la apelación del Nivel 3 la administra un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?**

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

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

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

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

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

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.

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

- El día en que se va del hospital es la “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

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

Dentro de los dos días de internación en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado “*An Important Message from Medicare about Your Rights*” (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social, un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Equipo de experiencia al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En él se brinda información sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de su alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

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

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso.
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre 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 de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar de antemano una copia de este aviso, puede llamar al Equipo de experiencia al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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 del hospital**

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Equipo de experiencia al cliente. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de dejar el hospital y **no después de la medianoche del día de su alta.**
 - Si cumple con este plazo límite, puede 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.
 - Si *no* cumple con este plazo límite y decide permanecer en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
 - Si se le vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad e igualmente desea una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

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

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indicará su fecha prevista del alta y 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.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al equipo de experiencia al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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

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

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean 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.

¿Qué sucede si la rechazan?

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

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4:** Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

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

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha prevista del alta.

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

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

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

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores 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 de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura de su atención hospitalaria 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.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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 avanzar y presentar una apelación de 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 quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- A la apelación del Nivel 3 la administra un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explica más sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

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

Término legal

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

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comenzar con la apelación de Nivel 1 de su alta del hospital. Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

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

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si era adecuada por razones médicas.

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

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

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole 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 que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

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

- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permanece en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

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

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

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso *automáticamente* a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente en 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 plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha del alta planeada. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas.
 - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le indicará cómo iniciar un proceso de revisión de apelación de Nivel 3, que es administrado por un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

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

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (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 presentar una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 8 de este capítulo, se explica más sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cobertura está finalizando demasiado pronto

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

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura de 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.

Sección 7.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura
--------------------	---

Término legal

“Aviso de falta de cobertura de Medicare”. Le informa 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.

- 1. Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica:
 - la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

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

- Cómo solicitar una “apelación rápida” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un período más prolongado.
- 2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de prestar atención médica.

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.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Equipo de experiencia al cliente. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación.

Este decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada por razones médicas.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar decisiones de planes sobre el momento en el que se debe dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga la apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de falta de cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de falta de cobertura de Medicare.

Plazo límite para comunicarse con esta organización.

- Si se le vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad e igualmente desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

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

Término legal

“Explicación detallada de la falta de cobertura”. Aviso que brinda detalles sobre las razones por las que se cancela la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores”) les 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.
- Al final del día en el que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **explicación detallada de falta de cobertura** de parte nuestra, en la que se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los 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). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de esta fecha cuando su cobertura finaliza, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

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

Sección 7.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de

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

nuevo la decisión que tomó 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 atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

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

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si 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 tomarán una decisión con respecto a su apelación y se la informarán.***¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** de su 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 está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Al Nivel 3 lo administra un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explica más sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

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 límite para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

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

Término

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

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

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

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

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

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

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita esos 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 de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, 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.

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

Término legal

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

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

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

- Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **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 que cumpla la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente en 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 plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 la revisa un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explica más sobre el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 8 Cómo llevar a su apelación al Nivel 3 y más adelante****Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar 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.

Apelación de Nivel 3 Un juez de Ley Administrativa o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Ley Administrativa o abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada con respecto a una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, esta pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de Ley Administrativa o el abogado 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 abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada con respecto a una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de

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

Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no a esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

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

El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está disconforme con nuestro equipo de experiencia al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos u otros profesionales de salud? ¿O a nuestro Equipo de experiencia al cliente u otro personal del plan? ○ Entre los ejemplos se incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Omitimos darle un aviso requerido? • ¿O es nuestra información difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones decisiones y apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y la rechazamos, puede presentar una queja. • Si piensa que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de cobertura o de reembolso por determinados servicios médicos que aprobamos, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido con plazos límite requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Cómo presentar una queja****Términos legales**

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

Sección 9.3 Paso a paso: Presentar una queja**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar al equipo de experiencia al cliente.** Si hay algo más que deba hacer, el equipo de experiencia al cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Los reclamos acelerados o rápidos se responderán en un plazo de 24 horas si el reclamo se relaciona con la negación del plan de tomar una determinación o reconsideración de la organización/de cobertura rápida y usted todavía no ha recibido la atención médica. Atenderemos otras solicitudes de reclamo 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 reclamo 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 el reclamo, los hechos relacionados con el reclamo y la resolución que pretende.

- Envíenos su queja por escrito (también denominada reclamo) dentro de los 60 días del evento o incidente a la siguiente 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

- El **plazo límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema que dio lugar a la queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

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

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.**
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

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

Puede presentar una queja sobre *Care N' Care Choice MA-Only (PPO)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en *Care N' Care Choice MA-Only* puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si piensa abandonar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que se cancele la membresía.

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

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

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

- **El período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **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, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.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 de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Se extiende del 1.º de enero al 31 de marzo.

- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o de 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* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programas de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada (PACE).

Los períodos de inscripción varían según cada situación.

Para averiguar 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 para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Puede llamar al equipo de experiencia al cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877- 486-2048).

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

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• 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.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el equipo de experiencia al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su 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.

Nota: Si además tiene una cobertura de medicamentos con receta acreditable (p. ej., un plan de medicamentos con receta [PDP] independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante después de haber pasado 63 días consecutivos o más sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan.

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

SECCIÓN 5 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 y la parte B de Medicare.
- Si usted 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 hace un viaje largo, llame al equipo de experiencia al cliente para saber si el lugar en el que está se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (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 que es perturbadora 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).

- 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 llame al equipo de experiencia al cliente.

Sección 5.2	No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada 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 se retire de nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre legislación aplicable

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* 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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley 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 no ha sido justo, 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al número del equipo de experiencia al cliente. 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (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

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o pagos por servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud específico. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que 1) proporciona un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

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 que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa estatal o 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 no cubiertos por Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: 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 de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (parte D de Medicare): seguro que le 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: es un monto que es posible que deba pagar como la parte que le corresponde del costo por el servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde del costo de los servicios.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” mencionada anteriormente. 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” de un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. Cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, 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 usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

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

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo de experiencia al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder las preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el equipo de experiencia al cliente.

Equipo médico duradero (DME): son ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen lo siguiente: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen saldos” o cobren de otra manera un monto superior al monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Hospicio: beneficio que otorga tratamiento especial a un miembro que se ha certificado médicamente que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. 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 médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicare: programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado,

como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se suma a la prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: este es el 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 1.2 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, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido).

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que pagará durante el año calendario por servicios cubiertos de la parte A y la parte B que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado que usted paga de su bolsillo, debe continuar pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido).

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Organización para la Mejoraría de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): 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 brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un centro de enfermería especializada [SNF]) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el

hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted opta por cambiar a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. Este período de inscripción Medicare Advantage también está disponible durante un plazo de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción anual: período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiar a Original Medicare.

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. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se aleja del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la parte A y la parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 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: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan 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 del miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la parte A y la parte B a personas que tienen Medicare y se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, Planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la parte A y la parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Pago Por Servicio (PFFS) o un iv) plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Además de

elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado todo incluido para ancianos) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta. Todos los que tengan la parte A y la parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, 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 “**proveedores de la red**” 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. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros del plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, ni son su propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen las quejas si el plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la parte A y la parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término 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, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente o cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “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: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central. El equipo de experiencia al cliente también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central, del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central
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	www.cnchealthplan.com

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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 1100 West 49th Street Austin, TX -78756-3199
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control vigente emitido por la OMB para esta recolección de datos es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Texto en múltiples idiomas
Servicios de interpretación en múltiples idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-374-7993 (TTY : 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpfen. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

للحصول. إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا على مترجم فوري، ليس عليك سوى (TTY: 1-877-374-7993) (711) سيقوم شخص ما يتحدث العربية **árabe:** هذه خدمة مجانية بمساعدتك. الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte- nos através do número 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-374- 7993 (TTY : 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-374- 7993 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

16 de febrero de 2023

APÉNDICE DE ANOC Y EOC PARA 2023
Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005

Anteriormente le enviamos el Aviso anual de cambios (Annual Notice of Change, ANOC) para 2023, en el que se proporcionaba información sobre los cambios en su cobertura como persona inscrita en nuestro plan. Es posible que haya solicitado una copia de la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para 2023 o que la haya consultado de forma electrónica en <https://www.cnchealthplan.com/our-plans-2023/plan-documents-2023/>, en la que se proporcionaban los beneficios y servicios de salud de Medicare, además de la cobertura de medicamentos con receta como persona inscrita en nuestro plan. El objetivo de este aviso es comunicarle que hay cambios en el ANOC y la EOC debido a una disposición de la Ley de Reducción de la Inflación, firmada por el presidente Joe Biden el 16 de agosto de 2022.

A partir del 1 de abril de 2023, es posible que pague menos que el coseguro normal del 20% dentro de la red y el coseguro del 30% fuera de la red para algunos medicamentos con receta de la Parte B. Según la Ley de Reducción de la Inflación, el coseguro se reducirá si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo superior al de la inflación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare and Medicaid Services, CMS) identificarán y publicarán cada trimestre una lista de estos medicamentos con receta de la Parte B con el coseguro actualizado. Esta lista se publicará aproximadamente 2 semanas antes del inicio de cada nuevo trimestre en el siguiente sitio web de los CMS: cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-bdrug/mcrrpartbdrugavgsalesprice. Esta lista se denomina archivo de precio promedio de venta (ASP) y tendrá una indicación en la columna "Notas" que permitirá ver el coseguro ajustado de cada medicamento de la lista para el trimestre especificado. Luego, Care N' Care ajustará lo que usted paga por esos medicamentos para que coincida con lo que se indica en el archivo de ASP.

Es importante tener en cuenta que no todos los medicamentos de la Parte B estarán sujetos a un coseguro reducido (solo aquellos identificados por los CMS), y que la lista puede cambiar cada trimestre. Si un medicamento con receta de la Parte B que usted toma no figura en la lista, pagará el coseguro normal del 20% dentro de la red y el coseguro del 30% fuera de la red.

Ejemplos de medicamentos con receta de la Parte B:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos

estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa).

- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

A partir del 1 de julio de 2023, para las insulinas que se administran mediante un artículo de equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina necesaria por razones médicas): no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que esté.

En la siguiente tabla, se proporciona información adicional al Aviso anual de cambios para 2023 bajo la Ley de Reducción de la Inflación.

Costo	Información original	Información nueva	¿Qué significa eso para usted?
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: Coseguro del 20% Fuera de la red: Coseguro del 30%	Dentro de la red: No más que el coseguro del 20% Fuera de la red: No más que el coseguro del 30%	Su medicamento con receta de la Parte B puede costarle menos que el coseguro normal si figura en la lista de los CMS que se publica cada trimestre como parte de la Ley de Reducción de la Inflación

En la siguiente tabla, se indica en qué parte de la EOC puede encontrar el cambio:

Dónde puede encontrar los cambios en su EOC 2023	Información original	Información nueva	¿Qué significa eso para usted?

En la página 59, Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos: Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Dentro de la red Coseguro del 20% para medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare Coseguro del 20% para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare Fuera de la red: Coseguro del 30% para medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare Coseguro del 30% para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare	Dentro de la red No más que el coseguro del 20% para medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare No más que el coseguro del 20% para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare Fuera de la red: No más que el coseguro del 30% para medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare No más que el coseguro del 30% para otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare	Su medicamento con receta de la Parte B puede costarle menos que el coseguro normal si figura en la lista de los CMS que se publica cada trimestre como parte de la Ley de Reducción de la Inflación
---	---	---	---

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con el equipo de experiencia del cliente al 1-877-374-7993; del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar central); y del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar central), para obtener más información.

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.