Scott&White HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Evidencia de cobertura

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare como miembro de SeniorCare Preferred (Cost)

En este folleto se proporcionan detalles acerca de la cobertura de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2018. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita**. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Scott and White Health Plan ofrece este plan, SeniorCare Preferred (Cost). (En esta *Evidencia de cobertura*, los pronombres "nosotros", "nos" o "nuestro" hacen referencia a Scott and White Health Plan. Los términos "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a SeniorCare Preferred [Cost]).

Scott and White Health Plan, una organización Medicare Advantage con contrato con Medicare, ofrece la HMO SeniorCare (Cost). La inscripción en SeniorCare depende de la renovación del contrato.

Este documento se encuentra disponible, sin cargo, en español y vietnamita.

Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio al cliente, al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Esta información también está disponible en distintos formatos, (por ej., en tamaño de letra grande).

Los beneficios, el deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2019.

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

.

Evidencia de cobertura de 2018
Índice

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. También se detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes 15

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan, SeniorCare Preferred (Cost), y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos) y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos..... 28

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 40

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5 Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos..... 94

En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades 101

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 7 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 111

En este capítulo, se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo la atención hospitalaria y algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan 152

En este capítulo, se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 9 Avisos legales 159

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

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes 162

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1.
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Está inscrito en SeniorCare Preferred (Cost), que es un Plan Medicare Cost 6
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura?* 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 7
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 Esta es el área de servicio para SeniorCare Preferred (Cost) 7
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 8
SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 8
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener la atención cubierta por SeniorCare Preferred (Cost) 8
Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan . 9
SECCIÓN 4 Su prima mensual de SeniorCare Preferred (Cost) 9
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 10
Sección 5.1 Puede pagar la prima de su plan de muchas maneras 10
Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 12
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 12
Sección 6.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 12
SECCIÓN 7 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 14
Sección 7.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 14
Sección 8.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 14

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en SeniorCare Preferred (Cost), que es un Plan Medicare Cost

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, SeniorCare Preferred (Cost).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. SeniorCare Preferred (Cost) es un Plan Medicare Cost. Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Como todos los planes de salud de Medicare, este Plan Medicare Cost está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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

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

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención médica y a los servicios a su disposición como miembro de SeniorCare Preferred (Cost).

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 folleto sobre la *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Servicio al cliente del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo SeniorCare Preferred (Cost) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en SeniorCare Preferred (Cost), entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de SeniorCare Preferred (Cost) después del 31 de diciembre de 2018. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar SeniorCare Preferred (Cost) todos los años. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿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 B de Medicare (o la Parte A y la Parte B) (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare);
- -- *y* --viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio);
- -- *y* -- sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal;
- -- *y* -- no padezca enfermedad renal terminal (ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas; por ejemplo, si esta enfermedad se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (por ejemplo, equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio para SeniorCare Preferred (Cost)

Aunque Medicare es un programa federal, SeniorCare Preferred (Cost) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Anderson, Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Cass, Cherokee, Coke, Coleman, Colorado, Concho, Coryell, Crockett, Falls, Fayette, Freestone, Gregg, Grimes, Hamilton, Harrison, Henderson, Hill, Irion, Kimble, Lampasas, Lavaca, Lee, Leon, Limestone, Llano, Madison, Marion, Mason, McCulloch, McLennan, Menard, Milam, Mills,

Rains, Reagan, Robertson, Runnels, Rusk, San Saba, Schleicher, Smith, Somervell, Sterling, Sutton, Tom Green, Travis, Van Zandt, Waller, Washington, Williamson y Wood.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud 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 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse presentes en Estados Unidos de forma legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a SeniorCare Preferred (Cost) si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. SeniorCare Preferred (Cost) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener la atención cubierta por SeniorCare Preferred (Cost)

Le enviaremos una tarjeta de miembro del plan. Debe utilizar esta tarjeta cuando obtenga los servicios cubiertos que presta un proveedor de la red de SeniorCare Preferred (Cost). También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, en caso de que corresponda. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que pueda ver cómo será la suya:

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Como SeniorCare Preferred (Cost)SeniorCare Preferred (Cost) es un Plan Medicare Cost, también **debe llevar consigo la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul**. Como miembro de un Plan Cost, si recibe servicios cubiertos por Medicare (excepto en casos de emergencia o urgencia) de un proveedor fuera de la red o si se encuentra fuera del área de servicio, será Original Medicare quien pague estos servicios, y no SeniorCare Preferred (Cost). En esos casos, usted será responsable de los deducibles y coseguros de Original Medicare. (Si recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor fuera de la red o si se encuentra fuera del área de servicio, SeniorCare Preferred [Cost] pagará estos servicios). Es importante que tenga consigo la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para cuando reciba servicios que pague Original Medicare.

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

En el *Directorio de proveedores* se indican los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. También puede acceder a la lista de proveedores más actualizada en nuestro sitio web seniorcare.swhp.org. Sin embargo, los miembros de nuestro plan también pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red. En caso de recibir atención de proveedores fuera de la red, usted pagará los montos del costo compartido de Original Medicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a Servicio al cliente (en la parte posteriorparte posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Servicio al cliente, puede obtener más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el Directorio de proveedores en seniorcare.swhp.org o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de SeniorCare Preferred (Cost)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, debe pagar una prima mensual. Para el año 2018, la prima mensual de SeniorCare Preferred (Cost) es de $90. Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto que figura anteriormente en la

Sección 4.1. A continuación se describen dichos casos.

- Si se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). La prima del beneficio complementario opcional odontológico es de $13 por mes.
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos es, como mínimo, tan buena como la cobertura para medicamentos estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto correspondiente a la multa dependerá del tiempo que haya dejado pasar antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos o de la cantidad de meses en los que no tuvo cobertura para medicamentos después de haberse determinado que era elegible. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.**

El documento *Medicare y Usted 2018* incluye información sobre las primas de Medicare en la sección "Costos de Medicare de 2018". Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)* del sitio web de Medicare (https://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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.1 Puede pagar la prima de su plan de muchas maneras

Puede pagar la prima de su plan de cinco maneras. Contacte al Servicio de atención al cliente al número de teléfono que figura en la parte posterior de este folleto para hablar sobre sus opciones de pago y el procedimiento para cambiar dicha opción.

Si decide cambiar su método de pago de la prima, puede demorar hasta 3 meses para que se efectúe el cambio. Mientras procesamos su solicitud para el nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que se pague a tiempo la prima de su plan.

Opción 1: Pago con cheque

Puede enviar su pago a:
Scott and White Health Plan
P. O. Box 847473
Dallas, TX 75284-7473

Pague su prima a través de correo postal con un cheque personal, cheque de caja o giro postal.

- Extienda el cheque o giro postal a favor de Scott & White Health Plan.
- Incluya su número de identificación en su pago.
- Incluya el cupón de pago que se adjuntó con su factura.
- Envíe su pago al menos 5 días hábiles antes de la fecha de vencimiento para asegurarse de que recibamos el pago a tiempo.
- Envíe su pago por correo postal a la dirección que figura en su factura.

Los pagos de las primas vencen el 1.° de cada mes. Los cheques deben ser extendidos a favor de "Scott and White Health Plan" y no a favor de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni a favor del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Débito automático de una cuenta bancaria

En lugar de pagar con cheque, puede elegir que la prima mensual de su plan se debite automáticamente de su cuenta bancaria. El débito en las cuentas bancarias se realiza entre los días 4 y 9 de cada mes. Puede ingresar a nuestro sitio web swhp.org para hacer o programar pagos mensuales.

Opción 3: Pago en línea

Los pagos en línea o pagos electrónicos (E-pay) se pueden hacer a través de nuestro portal para miembros ingresando en swhp.org. Deberá crear una cuenta individual para iniciar sesión. Una vez creada, seleccione "Make a Payment (Realizar un pago)", y siga las instrucciones. Los pagos se pueden realizar con tarjeta de crédito o cuenta bancaria. También hay una opción disponible para programar pagos recurrentes.

Opción 4: Realizar el pago por teléfono

Puede realizar un pago a través de su cuenta bancaria o tarjeta de crédito llamando por teléfono al 1-844-722-6251. Tenga a mano la información de su cuenta bancaria o de su tarjeta de crédito porque se le pedirá que la ingrese.

Opción 5: Puede elegir que la prima de su plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede elegir que la prima de su plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Contáctese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan mediante esta opción. Con gusto le ayudaremos a gestionar este método de pago. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

Debemos recibir el pago de la prima de su plan el primer día del mes. Si no lo hemos recibido el día 10 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía se cancelará si no recibimos la prima de su plan dentro de un periodo de 60 días. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene que pagarla para mantener la cobertura de sus medicamentos recetados..

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan a tiempo, contáctese con el Servicio de atención al cliente para analizar su inclusión en algún programa que le ayude con la prima de su plan. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Si cancelamos su membresía porque no realizó el pago de la prima de su plan, tendrá cobertura médica a través de Original Medicare.

Después de haber cancelado su membresía, es posible que usted siga teniendo una deuda con nosotros por las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a iniciar acciones legales para cobrarlas. En el futuro, si quiere afiliarse de nuevo a nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), tendrá que pagar el monto adeudado para poder afiliarse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En la Sección 7 del Capítulo 7 de este folleto se indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-334-3141 de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 6.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambio de 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, una compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio clínico de investigación.

Si hay algún cambio, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

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

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

Medicare exige que obtengamos 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. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas de las que tengamos conocimiento. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

SECCIÓN 7 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 7.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 8.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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 primero paga se denomina "pagador principal" y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado "pagador secundario", solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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 del plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o 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 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples 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 sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad civil (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2.
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de SeniorCare Preferred (Cost) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente del plan).....16**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del Programa federal de Medicare) **.....20**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **.....22**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 23**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 24**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **.....24**

SECCIÓN 7 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 25**

SECCIÓN 8 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 26**

SECCIÓN 1 **Contactos de SeniorCare Preferred (Cost)** (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente del plan

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de SeniorCare Preferred (Cost). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	seniorcare.swhp.org

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 sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.

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

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	seniorcare.swhp.org

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	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	seniorcare.swhp.org

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

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Método	Información de contacto para quejas sobre la atención médica
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
MEDICARE SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre SeniorCare Preferred (Cost) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://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

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

Tenga en cuenta 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	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-866-334-3141 De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	seniorcare.swhp.org

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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 son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage y el plan de costo de Medicare tales como nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare de su estado. 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. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de SeniorCare Preferred (Cost): • **Informe sobre su queja a Medicare:** Puede presentar una queja sobre SeniorCare Preferred (Cost) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://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, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, al SHIP se lo denomina Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) de Texas.

Este programa es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (HICAP) de Texas pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Ellos pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance, Mail Code 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

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

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

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

En cualquiera de los siguientes casos, debe ponerse en contacto con la 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) finalizan demasiado pronto.

Método	KEPRO: Organización para la mejora de la calidad de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-844-430-9504 Días de semana: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr, Ste 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y el gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid.

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

- **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 ingreso bajo específico (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 acerca de Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos Fuera de la red.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Health and Human Services Consumer Protection Mail Code: 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	www.hhs.state.tx.us

SECCIÓN 7 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días 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 no son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted o su cónyuge reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al Servicio al cliente o al administrador de beneficios de su empleador o sindicato 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). (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Capítulo 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 29

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 29

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 29

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica 30

Sección 2.1 Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 30

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 31

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 32

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica 32

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios 33

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 34

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 34

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 34

Sección 4.2 Si nuestro plan o Original Medicare no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total 34

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 35

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 35

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 36

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 36

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 36

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 37

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 37

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 37

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

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

Para obtener 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”?

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud 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 salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y su monto del costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.
- 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 para la atención médica se detallan en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, SeniorCare Preferred (Cost) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

SeniorCare Preferred (Cost) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considere necesaria por motivos médicos.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
    - **Por lo general, debe recibir atención de parte de un proveedor de la red** para que SeniorCare Preferred (Cost) cubra los servicios.

- Si no cubrimos los servicios que recibe de parte de un proveedor fuera de la red, los servicios serán cubiertos por Original Medicare, en caso de que sean servicios cubiertos por Medicare. Excepto en casos de servicios de emergencia o urgencia, si recibe servicios que cubre Original Medicare de parte de un proveedor fuera de la red, usted deberá pagar los montos del costo compartido de Original Medicare. Para obtener información sobre los montos del costo compartido de Original Medicare, llame 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 un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que nosotros deberíamos pagar, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto). Por lo general, lo mejor es pedirle al proveedor fuera de la red que primero emita una factura a Original Medicare y, luego, una factura a nosotros por el monto restante. Es posible que le solicitemos al proveedor fuera de la red que le facture a Original Medicare. Una vez hecho esto, nosotros pagaremos cualquier deducible y coseguro de Medicare aplicables menos sus copagos en su nombre.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica

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

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

Se insta a los miembros de SeniorCare Preferred (Cost) a seleccionar un médico de atención primaria (PCP), pero no necesitan remisiones a especialistas. Los PCP son profesionales de salud que cumplen con las exigencias estatales y que están capacitados para brindarle la atención médica básica. Los PCP proporcionan atención de rutina o básica y coordinan el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro del plan, lo que incluye radiografías, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de médicos especialistas, internaciones hospitalarias y atención de seguimiento.

La “coordinación” de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinarlos con el plan de salud. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener nuestra autorización previa (aprobación por adelantado). Dado que los PCP brindan y coordinan la atención médica, suele ser útil para usted como miembro asegurarse de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

Las personas inscritas en el plan Cost pueden obtener servicios fuera de la red incluso si el plan en el que están inscritas tiene una red de proveedores. En tales casos, las personas inscritas pagan los montos del costo compartido de Original Medicare.

¿Cómo elegir un PCP?

Seleccione un PCP de nuestro directorio de proveedores impreso o en línea y llame al Servicio al cliente de Scott And White Health Plan al número de teléfono que figura en la parte posterior de este folleto para comunicar su decisión. El Servicio al cliente de Scott and White Health Plan también puede ayudarlo con la selección de un PCP, si lo necesita. Esta información se agregará a su registro de membresía.

¿Cómo cambia 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 este caso, deberá elegir a un nuevo PCP. Llame al Servicio al cliente de Scott and White Health Plan para consultar sobre el cambio de PCP (el número de teléfono se encuentra impreso en la parte posterior de este folleto). Su solicitud de cambio de PCP se hará efectiva en no más de 72 horas de realizada la solicitud.

Sección 2.2 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.

Es posible que usted, su PCP o su representante designado necesiten obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para ciertos servicios (esto se denomina “autorización previa”). Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para conocer qué servicios requieren autorización previa. Los especialistas y los centros deben estar dentro de la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen dentro de los beneficios de SeniorCare.

Recuerde que puede recibir atención de proveedores fuera del plan sin una remisión (aprobación por adelantado). Sin embargo, si utiliza proveedores fuera del plan para atención que no es de emergencia o urgencia, deberá pagar los montos del costo compartido de Original Medicare.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Para recibir asistencia, llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. 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 obtenga aprobación.
- **Cuando sea posible, asegúrese de avisar 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. (El número para llamar se encuentra en el reverso de su tarjeta de miembro del plan).

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento que sea necesaria por motivos médicos para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento que sea necesaria por motivos médicos. Si proveedores fuera de la red proporcionan la atención de emergencia, intentaremos conseguir proveedores de la red para que se ocupen de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa 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 cree 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.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solo si se dirige a un proveedor de la red para obtener la atención adicional. Si recibe atención adicional de un proveedor **fuera de la red** luego de que el médico haya indicado que no se trataba de una emergencia, por lo general, usted deberá pagar el costo compartido de Original Medicare.

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

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

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Se pueden consultar los proveedores de servicios de urgencia en nuestro sitio web, seniorcare.swhp.org, en el directorio de proveedores en línea, o puede comunicarse con el Servicio al cliente al número que figura en la parte posterior de este folleto y solicitar asistencia para encontrar proveedores de servicios de urgencia contratados.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Nuestro plan no cubre los servicios de urgencia ni ningún otro tipo de atención si la recibe fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Para saber cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe, visite el sitio web seniorcare.swhp.org.

Generalmente, si no puede acceder a los servicios de un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red al costo compartido de uno dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

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

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

SeniorCare Preferred (Cost) cubre todos los servicios médicos necesarios por motivos médicos, los que se encuentran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y los que cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan u Original Medicare no cubren. Además, será responsable del pago si obtiene un servicio del plan por fuera de la red que no haya sido autorizado. Tiene derecho a solicitar atención a cualquier proveedor calificado para tratar a miembros de Medicare. No obstante, Original Medicare pagará sus reclamos y usted debe pagar el costo compartido.

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

En el Capítulo 7 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

También puede llamar al Servicio al cliente para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para 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; a menos que el plan ofrezca, como beneficio adicional cubierto, cobertura que exceda los límites de Original Medicare. Si un servicio no está cubierto, el gasto que paga de su bolsillo no se tendrá en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo. Puede llamar al Servicio al cliente si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también 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. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un enfoque nuevo funciona y si es seguro.

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

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

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

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* es necesario que nosotros lo aprobemos. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si tiene pensado participar en un estudio clínico de investigación, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto) para informar que participará de un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios que usted recibe como parte del estudio.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Productos 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 (TC) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiera solo una TC.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier motivo.

Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica brindados por instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no exceptuados" se refiere a la atención o a los tratamientos médicos que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" se refiere a la atención o a los tratamientos 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 para los servicios que reciba se limita a los *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, deben cumplirse 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.
  - Debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de ser ingresado en el centro, porque 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 el Capítulo 4 para obtener más detalles

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones con motor, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de SeniorCare Preferred (Cost), por lo general no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de

copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME a usted. Para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de haber cambiado a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

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

Capítulo 4

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

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 41

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 41

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 41

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos” 42

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 43

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 43

Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar 74

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 83

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 83

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de SeniorCare Preferred (Cost). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle el comprobante de Medicaid o elegibilidad para QMB al proveedor, si corresponde. Si considera que es un error que se le solicite que pague, comuníquese con el Servicio al cliente.

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

Hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, más adelante). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de SeniorCare Preferred (Cost), lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B en 2018 será $3,400. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Si llega al monto máximo de $3,400 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. No obstante, deberá seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de SeniorCare Preferred (Cost), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor 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. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
  - 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. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en la página siguiente enumera los servicios que SeniorCare Preferred (Cost) cubre 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.
- Sus servicios (incluidos los servicios, la atención médica, los suministros y los equipos) *deben* ser necesarios por motivos médicos. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, SeniorCare Preferred (Cost) no cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedor fuera de la red.
  - Si recibe servicios cubiertos por Medicare de parte de un proveedor fuera de la red y nosotros no cubrimos dichos servicios, Original Medicare los cubrirá. En el caso de cualquier servicio que cubra Original Medicare en lugar de nuestro plan, usted deberá pagar los montos del costo compartido de Original Medicare.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- 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 2018 [Medicare y Usted 2018]*. Acceda a una copia en línea en https://www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
- Para todos los servicios de prevención 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.

- A veces, durante el año, Medicare agrega cobertura por medio de Original Medicare para servicios nuevos. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2018, 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. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.	Copago de $75 para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Si se lo interna en el hospital, el copago por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare es de $0. Los copagos que se especifican arriba aplican para viajes de ida o vuelta en ambulancia.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario haber realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.
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 médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.

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 orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle 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 bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses). *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada cinco años.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero, vaginal o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes exámenes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal con guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT). Prueba de ADN de detección de cáncer colorrectal cada 3 años Para las personas que tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como una 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 posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.	En general, los servicios odontológicos preventivos (como una limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare.
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 y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de pruebas de detección de depresión.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen 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 siempre que se cumpla con ciertos requisitos. *Necesita autorización previa para los suministros para diabetes.	Coseguro de 20% para suministros de monitoreo para la diabetes cubiertos por Medicare. Coseguro de 20 % para plantillas o zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Copago de $0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Entre los artículos cubiertos se cuentan los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones con motor, suministros para la diabetes, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede obtener todo DME médicamente necesario de cualquier proveedor que tenga un contrato con pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Sin embargo, si SeniorCare Preferred (Cost) no tiene contrato con este proveedor, tendrá que pagar el costo compartido según el pago por servicio de Medicare. *No se necesita autorización previa para el DME cuando el miembro utiliza un proveedor de DME de la red. Si un miembro elige un DME de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan para que el DME esté cubierto.	Coseguro del 20 % para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Los debe ofrecer un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Y deben ser 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, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente. El costo compartido para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el costo compartido para esos servicios prestados dentro de la red. Este beneficio solo está disponible en los Estados Unidos.	Copago de $200 para lo siguiente: Consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted no paga copago por la consulta en la sala de emergencias. Si obtiene atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de una admisión de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. Sin embargo, si rechaza un traslado razonable y médicamente apropiado a un hospital de la red, su costo compartido podría ser mayor.
Programas educativos sobre salud y bienestar Silver&Fit es un programa de bienestar que da a los miembros una membresía de gimnasio en gimnasios participantes. Los miembros pueden acceder a clases, equipos de ejercicio, piscina y sauna, además de entrenador como parte de este beneficio. Los miembros también pueden elegir utilizar kits de ejercicios para el hogar, y acceder al sitio web de Silver&Fit, programas de educación de salud y folletos para miembros.	No hay coseguro, copago ni deducible por participar en Silver&Fit.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare • Exámenes auditivos de rutina	Copago de $15 para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $0 para un examen auditivo de rutina complementario por año como máximo. No se cubren los audífonos.
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: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio 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. *El plan de salud exige autorizaciones para servicios, dispositivos o procedimientos, tales como dispositivos implantables, atención médica en el hogar, estudios genéticos, cirugía y trasplantes. No se necesitan remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para atención de la salud en el hogar cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales Usted puede recibir atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico certificado de enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. Para los servicios en un 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: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio 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. 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: Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	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 terminal los paga Original Medicare, y no SeniorCare Preferred (Cost).

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). **Nota**: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año, en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. 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. El plan cubre 90 días en cada período de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios. • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.	Copago de $450 para cada estadía en el hospital cubierta por Medicare. Tiene un copago de $0 para la sangre. Debe utilizar proveedores de la red. Si obtiene atención de proveedores fuera de la red sin autorización de SeniorCare Premium (Cost), usted deberá pagarle a Medicare Original de su propio bolsillo lo que corresponda de esa atención. 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. Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital. La cobertura es únicamente para estadías necesarias por motivos médicos y autorizadas.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • 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, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se brindan fuera el patrón comunitario de atención, usted puede elegir recibir sus servicios localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si SeniorCare Preferred (Cost) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte suyos y de un acompañante. • Sangre: se incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes de la sangre comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de un médico. 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 externo”. Si no está seguro si es paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital.	

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes internados (continuación) 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 paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!) La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https:// www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados • Entre los servicios cubiertos se cuentan servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene hasta 190 días en el curso de su vida en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica para los servicios de salud mental para pacientes internados que se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital. • La cobertura es únicamente para estadías necesarias por motivos médicos y autorizadas. • Los miembros están cubiertos por 90 días en cada período de beneficios.	Copago de $450 para cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de un médico. • Exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio. • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos los servicios y los materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • 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 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. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Copago de $15 para cada visita de médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $15 para cada visita de médico especialista cubierta por Medicare. Copago de $15 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $15 para procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $15 para radiografías cubiertas por Medicare. Coseguro de 20 % por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Copago de $15 para consultas de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año después de este. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, podrá recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio conductual en la salud que ofrece capacitación práctica sobre cambios a largo plazo en la alimentación, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener el peso bajado y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico externo (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizado por el plan. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si se encuentra inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse la medicación. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para auto-diálisis 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 Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para medicamentos cubiertos de la Parte B.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total, de concentrado de glóbulos rojos y de todos los otros componentes de la sangre comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $15 para procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $15 para radiografías cubiertas por Medicare. Entre $0 y $15 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no se incluyen radiografías). Copago de $15 para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare. Copago de $15 para los siguientes procedimientos: angiografías, tomografías computadas (CT), electroencefalogramas (EEG), resonancias magnéticas (MRI), mielografías, exámenes PET (tomografía por emisión de positrones), angiografías por resonancia magnética (MRA), espectroscopías (SPECT), angiografías por tomografía computarizada (CTA), cardiología nuclear y pruebas de esfuerzo. Tiene un copago de $0 para la sangre.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y 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. • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos de costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes externos. 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 paciente internado o externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet, en http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf, o por teléfono 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. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para cada hospitalización para pacientes externos cubierta por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de $15 para cada consulta de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación para pacientes externos 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, por sus siglas en inglés).	Copago de $15 para consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. Copago de $15 para consultas de fisioterapia o patología del lenguaje/habla cubiertas por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos Entre los servicios cubiertos se cuentan los siguientes: tratamiento de paciente externo por abuso de sustancias, individual o grupal. *Salvo en caso de emergencia, su proveedor debe obtener la autorización de Scott and White Health Plan. El tratamiento para abuso de químicos incluye servicios médicos para desintoxicación aguda y rehabilitación ambulatoria de conformidad con las pautas de Medicare.	Copago de $15 para consultas individuales o grupales cubiertas por Medicare para tratamiento de paciente externo por abuso de sustancias.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos externos **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 externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía como paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $100 para cada consulta en un centro quirúrgico externo cubierta por Medicare. Copago de $15 para cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes externos o en 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. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico externo certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su proveedor, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para cada visita de médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $15 para cada visita de especialista cubierta por Medicare.
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 calcáreo). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático (PSA, por sus siglas en inglés).
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 ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección). *No se necesita autorización previa para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando el miembro utiliza un proveedor de la red. Si un miembro elige un dispositivo o suministro de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan para que el dispositivo o suministro esté cubierto.	Coseguro de 20 % para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a severa y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $0 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 4 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.	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.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes:** personas entre 55 y 77 años sin señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco por al menos 30 paquetes-año, y que actualmente son fumadores o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito, de parte de un médico o un profesional no médico calificado, para realizarse una LDCT, durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para tales consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe obtener una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado decide prestarle una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y la toma de decisiones compartidas para pruebas de detección con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas, o para la LDCT cubiertas por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS 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 atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las suministra un médico de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de instrucción sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es ingresado en el hospital para recibir atención especial. • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la Sección: “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”. Los miembros deben notificar al plan de salud cuando ingresen a un hospital para tratamientos de diálisis. No se exigen los planes de costos para cubrir diálisis renales fuera del área de servicio del plan de costos. Los miembros del plan de costos pagan una tarifa por servicio de costo compartido para diálisis fuera del área. Para inscribirse en este plan, no puede tener una enfermedad renal terminal. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Copago de $15 para diálisis renal. Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedad renal.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de "atención en centros de enfermería especializada". que suele denominarse "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas 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: se incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes de la sangre comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Exámenes 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. La cobertura por servicios de SNF exige una hospitalización de tres días antes de la admisión a un SNF. La cobertura es únicamente para estadías necesarias por motivos médicos y autorizadas. *Necesita autorización previa para visitar hospitales y ciertos médicos de la red, incluidos los especialistas para determinados servicios.	Para estadías en un centro de enfermería especializada cubiertas por Medicare: Días 1 a 20: copago de $0 por día. Días 21 a 100: copago de $35 por día. Tiene un copago de $0 para la sangre.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación 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 orientación 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el costo compartido para esos servicios prestados dentro de la red. Este beneficio solo está disponible en los Estados Unidos.	Copago de $40 para lo siguiente consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. Si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted paga un copago de $0 por la consulta de atención de urgencia. Se debe notificar al plan las admisiones de emergencia en el plazo de 48 horas desde la admisión.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • En el caso de personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, se cuentan las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, se cubre una 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). Los miembros deben utilizar un proveedor de oftalmología participante de la red para estudios de la vista y compras de lentes.	Subsidio de $125 al año, aplicable al costo total de lentes de contacto rígidos, marcos, lentes o anteojos. No hay copago para los lentes y sus accesorios. Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto rígidos después de una cirugía de cataratas. Copago de $15 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de afecciones y enfermedades oculares. Copago de $0 por un examen de rutina de la vista al año.

Sus servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, 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 de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no cubre Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman **"beneficios complementarios opcionales"**. Si usted desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, usted debe registrarse para ello y además tiene que pagar una prima adicional. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Metropolitan Life Insurance Company (MetLife) administra y paga los beneficios de servicios odontológicos.

- Plan odontológico opcional, complementario, preventivo e integral: $13 por mes.
- Hay beneficios dentro y fuera de la red disponibles.
- Deducible: $0.
- Beneficio máximo anual: $2,000.

Odontológico preventivo (tipo A)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estudios de pacientes Los estudios de pacientes (inspección clínica que se realiza para identificar posibles signos de enfermedad oral o sistémica, malformación o lesión y la posible necesidad de remisión para diagnóstico y tratamiento), se limitan a una vez cada 6 meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Estudios específicos para un problema Los estudios específicos para un problema se limitan a una vez cada seis meses, menos la cantidad de estudios orales recibidos durante dichos meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Otras radiografías • Las radiografías odontológicas, excepto conforme lo indicado • Radiografías interproximales, pero no más de un conjunto cada 36 meses • Una radiografía de la boca completa o panorámica cada 36 meses. • Radiografías intraorales o periapicales	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.
Limpiezas Limpieza de dientes (profilaxis oral) una vez cada seis meses.	**Dentro de la red:** No debe pagar nada. **Fuera de la red:** No debe pagar nada.

Odontológico integral (tipo B)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dentaduras postizas Una cada cinco años calendario: Colocación inicial de dentaduras postizas completas o dentaduras: a. Cuando se la necesita para reemplazar dientes faltantes de manera congénita; o b. Cuando se la necesita para reemplazar dientes naturales que se perdieron mientras la persona que recibía dichos beneficios tenía seguro odontológico.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Dentaduras postizas provisorias e inmediatas - Completas o parciales Frecuencia: un reemplazo cada 12 meses. Reemplazo de una dentadura postiza completa de manera inmediata y provisoria por una dentadura postiza completa y permanente si la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria no se puede utilizar de manera permanente y dicho reemplazo se realiza en el plazo de 12 meses desde la colocación de la dentadura postiza completa, inmediata y provisoria.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Reemplazo de una dentadura postiza completa o extraíble Reemplazo de una dentadura postiza completa o extraíble a la que no se le puede hacer mantenimiento si esa dentadura postiza se colocó más de cinco años calendario antes del reemplazo.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Ajustes a dentaduras Frecuencia: uno cada seis meses Ajustes a dentaduras: a. Si ha pasado un mínimo de seis meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y b. No más de una vez en cualquier período de seis meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Odontológico integral (tipo B)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Recubrimiento de dentaduras Frecuencia: uno cada seis meses Recubrimiento y nueva base de dentaduras postizas extraíbles dentaduras: a. Si ha pasado un mínimo de seis meses desde la colocación de la dentadura postiza extraíble; y b. No más de una vez en cualquier período de 36 meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Acondicionamiento de tejidos Acondicionamiento de tejidos, pero no más de una vez en un período de 60 meses.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Colocación inicial de empastes de amalgama Se cubren los empastes de amalgama.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Reemplazo de un empaste de amalgama existente Reemplazo de un empaste de amalgama existente, pero solo si: a. Si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; o b. Se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Colocación inicial de empastes de resina Se cubre la colocación inicial de empastes de resina.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Odontológico integral (tipo B)	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Reemplazo de un empaste de resina existente Reemplazo de un empaste de resina existente, pero solo: a. Si ha pasado un mínimo de 24 meses desde la colocación de la amalgama existente; b. Se ha identificado una nueva superficie con caries en ese diente.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Extracciones simples Las extracciones simples están limitadas a una cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Extracciones quirúrgicas Prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales, otros servicios están limitados a uno cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.
Cirugía oral Prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales, otros servicios están limitados a uno cada cinco años.	**Dentro de la red:** Debe pagar el 50 % del costo. **Fuera de la red:** Debe pagar el 50 % del costo.

Montos del beneficio

MetLife pagará beneficios por un monto equivalente al porcentaje cubierto por los cargos en los que incurriera un miembro por un servicio cubierto, tal como se indica en el “Cronograma de beneficios”, sujeto a las condiciones establecidas en su “Evidencia de cobertura”.

Dentro de la red

Si un dentista de la red brinda un servicio cubierto, MetLife basará el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido. Si un dentista de la red brinda un servicio cubierto, los miembros tendrán la responsabilidad de pagar lo siguiente:

- El deducible y
- cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual MetLife no pague beneficios.

Fuera de la red

Si un dentista fuera de la red brinda un servicio cubierto, MetLife basará el beneficio en el porcentaje cubierto del cargo máximo permitido.

Los dentistas fuera de la red pueden cobrar a los miembros más del cargo máximo permitido. Si un dentista fuera de la red brinda un servicio cubierto, los miembros tendrán la responsabilidad de pagar lo siguiente:

- El deducible y
- cualquier otra parte del cargo máximo permitido por el cual MetLife no pague beneficios; y
- todo monto que supere el cargo máximo permitido cobrado por el dentista fuera de la red.

Montos máximos del beneficio

El cronograma de beneficios establece los montos máximos de beneficios que MetLife pagará por servicios cubiertos recibidos dentro y fuera de la red. MetLife nunca pagará más que el monto máximo de beneficio dentro de la red o el monto máximo de beneficio fuera de la red.

Por ejemplo, si se recibe un servicio cubierto fuera de la red y MetLife paga $300 en beneficios por dicho servicio, los $300 se aplicarán tanto a los montos máximos de beneficio que se apliquen a ese servicio dentro como fuera de la red.

Seguro odontológico: Exclusiones

1. Los servicios que no son odontológicamente necesarios, aquellos que no cumplen con las normas generalmente aceptadas de atención para el tratamiento de la afección odontológica en particular o que MetLife considere de naturaleza experimental.
2. Los servicios por los cuales una persona cubierta no estaría obligada a pagar en ausencia del seguro odontológico.
3. Servicios o suministros recibidos por una persona cubierta antes del inicio del seguro para esa persona.
4. Servicios que no son prestados ni prescriptos por un dentista; excepto aquellos servicios de un higienista dental con licencia, supervisados y cobrados por un dentista, que consisten en raspado o pulido de dientes, o tratamiento con flúor.
5. Servicios que son principalmente cosméticos, a menos que fueran necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito de un recién nacido.
6. Servicios o dispositivos que recuperan o modifican la oclusión o dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dentaria dañada por atrición, abrasión o erosión, salvo que la causa sea una enfermedad.
8. Restauraciones o dispositivos usados como férulas periodontales.
9. Asesoramiento o instrucciones sobre higiene oral, control de placas, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, incluidos, entre otros, irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilo dental.
11. La primera colocación de una dentadura postiza para reemplazar un diente o más que faltaba antes de que la persona tuviera seguro dental, salvo en el caso de la falta congénita de dientes naturales.
12. Decoración o colocación de cualquier diente, instrumento, dispositivo, corona u otro procedimiento dental.
13. Citas perdidas.
14. Servicios cubiertos conforme a la ley de enfermedades laborales o compensación laboral.
15. Servicios cubiertos conforme a cualquier ley de responsabilidad del empleador.
16. Servicios que el empleador de la persona que reciba dichos servicios no tenga la obligación de pagar.
17. Servicios prestados en un centro administrado por el asegurado, sindicato laboral, asociación de beneficio mutuo u hospital para veteranos (VA).
18. Servicios cubiertos conforme a otra cobertura del asegurado.
19. Restauraciones temporales o provisionales.
20. Dispositivos temporales o provisionales.
21. Medicamentos recetados.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un diagnóstico desfavorable.
23. Servicios, en la medida en que dichos servicios, o los beneficios de estos, estén disponibles conforme a un plan gubernamental. Esta exclusión se aplicará independientemente de que la persona que reciba los servicios esté inscrita en el plan gubernamental. MetLife no excluirá el pago de los beneficios de dichos servicios si el plan gubernamental exige que se pague primero el seguro dental conforme a la póliza grupal.

24. Lo siguiente, cuando lo cobre el dentista de forma separada: llenado del formulario de reclamaciones; control de infecciones, como con guantes, máscaras y esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente que no sea intravenosa o analgesia, como con óxido nitroso.
25. Servicios dentales necesarios para tratar lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo en el caso de lesiones en los dientes producidas por la masticación y mordida de alimentos.
26. Pruebas de susceptibilidad a las caries.
27. Accesorios de precisión asociados con prótesis fijas y desmontables.
28. Ajuste de una dentadura postiza dentro de los 6 meses de su colocación, por parte del mismo dentista que la colocó.
29. Aparatos o dispositivos protésicos duplicados.
30. Reemplazos por pérdida o robo de aparatos, restauración con molde dentario o dentadura postiza.
31. Imágenes fotográficas intraorales y extraorales.
32. Aparatos fijos y desmontables para la corrección de hábitos perjudiciales.
33. Aparatos para el tratamiento de bruxismo (rechinar de los dientes), que incluye, entre otros, guardas oclusales y nocturnas.
34. Implantología, incluidas reparaciones.
35. Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular. Esta exclusión no se aplica a los residentes de Minnesota.
36. Servicios o aparatos de ortodoncia.
37. Reparación o reemplazo de un aparato de ortodoncia.
38. Tratamientos con flúor.
39. Análisis de laboratorio y otras pruebas.
40. Aplicación de material de sellado.
41. Espaciadores dentales.
42. Recubrimiento pulpar.
43. Mantenimiento periodontal.
44. Tratamiento paliativo de emergencia.
45. Restauración con molde dentario, incluidos empastes, recubrimientos y coronas.
46. Coronas prefabricadas.
47. Prótesis implantosoportada.
48. Reparaciones.
49. Recementaciones.
50. Cementaciones de coronas; perno y corona.
51. Tratamientos de conducto.
52. Pulpotomía.

53. Tratamiento pulpar.
54. Apexificación y recalcificación.
55. Cirugía periodontal.
56. Servicios periodontales, incluidos los procedimientos de raspado y alisado radicular.
57. Colocación inicial o reparación de dentaduras postizas fijas y permanentes.
58. Cirugía oral, salvo que se especifique en otro lugar como un servicio cubierto.
59. Anestesia general/sedación intravenosa.
60. Consultas.
61. Servicios generales.
62. Ajustes oclusales.
63. Empastes sedantes.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre 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. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos productos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.		√ Puede tener cobertura de Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en el hospital.		√ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	√	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.	√	
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	√	
Cirugía o procedimientos estéticos.		√ • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	√	

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 externos.
Atención quiropráctica de rutina.		√ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención de los pies de rutina.		√ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare. Por ejemplo, si usted tiene diabetes.
Servicio de comidas a domicilio.	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Si los zapatos ortopédicos son parte de un aparato ortopédico de pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico, o si son para una persona con enfermedad de pie diabético.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Dispositivos de apoyo para pies.		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	√	
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista 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.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	√	
Acupuntura.	√	
Servicios de naturópatas (tratamientos naturales o alternativos).	√	

*El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse y vestirse.

Exclusiones adicionales:

- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.
- La cobertura para medicamentos se limita a los fármacos recetados u ordenados por un proveedor y que utiliza el suscriptor durante su hospitalización. No se cubren los medicamentos para llevar al hogar, salvo en la medida en que estén cubiertos por Medicare, como los medicamentos para las náuseas posteriores a la quimioterapia.
- Exámenes físicos e informes con cualquier fin que no sea el cuidado médico necesario como, por empleo, licencias, seguro, escuela o viajes.
- Servicios para los que el suscriptor podría obtener un reembolso por el cuidado de una lesión o enfermedad laboral, en circunstancias cubiertas conforme a la ley de responsabilidad del empleador.
- Pruebas psicológicas necesarias por motivos que no sean médicos o pruebas de otro tipo con fines educativos o del desarrollo.
- Salvo que la ley exija lo contrario, Scott and White Health Plan no le pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por ningún servicio cubierto para el cual el suscriptor no tendría ninguna obligación de pagar ante la falta de cobertura en virtud de este acuerdo.
- Tratamiento de lesiones o enfermedades como resultado de la guerra.
- Todo servicio mencionado anteriormente que no esté cubierto seguirá sin cubrirse, incluso si se recibe en un centro de emergencias.
- Dispositivos artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, preservativos, vendajes, jeringas, dentaduras, audífonos, anteojos y lentes correctivos (salvo que se incluyan en el Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con el llenado y/o copiado de formularios médicos u otros formularios vinculados.
- No se otorgan los beneficios de este acuerdo cuando el suscriptor se encuentra fuera de los Estados Unidos, excepto en la medida en que los beneficios fueran proporcionados por Medicare.

Capítulo 5

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 95

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....95

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 96

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 96

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 97

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos.....97

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación.....98

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

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

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total en ese preciso momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se 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.

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

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe el servicio, deberá solicitarnos que le rembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- En algunas oportunidades, es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite el pago de un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos 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.

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 tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, 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. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

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

Llame al Servicio al cliente para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Si existen circunstancias en las que usted deba pagar el costo total de los servicios cubiertos al momento de la prestación de los servicios, como si recibe servicios de un proveedor o centro que no le facture a Medicare, usted tendrá que solicitar una cuenta detallada de los servicios prestados y presentárnosla con la prueba del pago con el fin de obtener el reembolso conforme a sus beneficios de SeniorCare Preferred (Cost).

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

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

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

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.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (seniorcare.swhp.org) o llame al Servicio al cliente y pida el formulario. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

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

Para inquietudes médicas:

Scott and White Health Plan
MS-A4-126
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

Debe presentarnos la reclamación dentro de (12) meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que ha cumplido todas las normas para obtener la atención, pagaremos nuestra parte 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. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos).

- Si tomamos la decisión de no cubrir la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

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

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

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*. El proceso de apelaciones es un proceso legal detallado con procedimientos complejos y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 7 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 7.

Capítulo 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6.
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 101

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, etc.) 101

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 102

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios cubiertos 102

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 103

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 104

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 105

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 106

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 107

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos? 107

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 108

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 108

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

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

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de miembros discapacitados y de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle de forma gratuita información en otros idiomas o en tamaño de letra grande, si lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto) o póngase en contacto con Patricia Balz.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Scott and White Health Plan. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye información de contacto en esta *Evidencia de cobertura* o esta carta, o bien, puede comunicarse con el Servicio al cliente de Scott and White Health Plan para solicitar más información.

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

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

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

Để nhận được thông tin phù hợp với quý vị, vui lòng gọi đến Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sổ tay này).

Chương trình của chúng tôi có nhân viên và dịch vụ thông dịch ngôn ngữ miễn phí luôn sẵn sàng để trả lời các câu hỏi từ các hội viên không nói được tiếng Anh và khuyết tật. Nếu quý vị có nhu cầu, chúng tôi cũng

có thể cung cấp miễn phí thông tin bằng các ngôn ngữ khác, hoặc bản in lớn. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình dưới dạng phù hợp và có thể tiếp cận được đối với quý vị. Để nhận được thông tin phù hợp với quý vị, vui lòng gọi đến Dịch vụ Khách hàng (các số điện thoại được in ở bìa sau của cuốn sổ tay này) hoặc liên hệ với Patricia Balz.

Nếu quý vị gặp vấn đề gì trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi dưới dạng phù hợp và có thể tiếp cận được đối với quý vị, vui lòng gọi để khiếu nại với chương trình Scott and White Health Plan. Quý vị có thể khiếu nại với Medicare bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp với Văn Phòng Quyền Công Dân. Thông tin liên lạc có trong Chứng từ Bảo hiểm này hoặc kèm theo thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với Dịch vụ Khách hàng của chương trình Scott and White Health Plan để biết thêm thông tin.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su área.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente puede ayudarle.

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

En su condición de miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Servicio al cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). No le pedimos que obtenga una remisión para poder visitar a los proveedores de la red.

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

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

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su "información personal de salud" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. 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 de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. Usted, o alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre, debe dar el permiso por escrito.
- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
  - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la 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.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

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

En su condición de miembro de SeniorCare Preferred (Cost), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto) o puede visitar nuestro sitio web en seniorcare.swhp.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica está cubierta para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 7 también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica, consulte el Capítulo 5 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene 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, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 7 de este folleto se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

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:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para 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.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, 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. También puede contactar al Servicio al cliente para pedir estos formularios (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de consultar un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

- Si usted ingresa al 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 llenar 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 menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

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

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

Sección 1.8 ¿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 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 llame a la Oficina de Derechos Civiles de su área.

¿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 Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *"Your Medicare Rights & Protections"* (Sus derechos y protecciones de Medicare) (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf.)

- O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). Estamos para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos fuera de la red.** En este folleto sobre la Evidencia de Cobertura, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico, debe comunicárnoslo.** Llame al Servicio al cliente para informarnos (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Comuníqueles 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 obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
  - Notificar a los proveedores fuera de la red cuando se busque atención (a menos que sea una emergencia) que aunque usted está inscripto en nuestro plan, el proveedor debe facturar a Original Medicare. Usted debe presentar su tarjeta de miembro y su tarjeta de Medicare.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Tiene que pagar las primas de su plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe poseer la Parte B de Medicare (o la Parte A y la Parte B). Por ello, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio. Dicho costo será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
  - Si recibe cualquier servicio médico que no esté cubierto por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si deja nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el que se podrá inscribir en cualquier plan disponible de Medicare en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Servicio al cliente para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar al Servicio al cliente se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 7

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

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

ANTECEDENTES 113

SECCIÓN 1 Introducción 113

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 113

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 113

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 114

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 114

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 114

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas? 114

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 115

SECCIÓN 4 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 115

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 115

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 116

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 117

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 117

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 117

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 119

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 122

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 125

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? 126

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 127

Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 128

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 129
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 132
Sección 6.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 133
SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 136
Sección 7.1 *En esta sección se tratan solo tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF). 136
Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 136
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 137
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 139
Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 140
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 143
Sección 8.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 143
PRESENTACIÓN DE QUEJAS 144
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 144
Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 145
Sección 9.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 147
Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja 148
Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 149
Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 149

ANTECEDENTES

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

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

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

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal 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 simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer 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 para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o la información adecuada para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

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

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

También puede obtener ayuda e información de Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

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

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

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

¿Su problema o inquietud se trata de sus beneficios o su cobertura?
(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos).

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

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

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

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

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

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él/ella 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.

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

Cómo presentar una apelación

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

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

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

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

- **Puede llamarnos al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante legal". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

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

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

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo 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 atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF)).

Si no está seguro cuál sección debe estar usando, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

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

Sección 5.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos* (*lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos".

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

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.

3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

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.

    - NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
        - Sección 6 del Capítulo 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
        - Sección 7 del Capítulo 7: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata acerca de tres servicios solamente: servicios de atención médica en el hogar, servicios de atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).
    - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales *Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una "**determinación de la organización**".*

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

Términos legales *Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada".***

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
  - **No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares *pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas.**

- Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. En la sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.

- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte La Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales	*Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.*

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

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.**
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de Nombramiento de un Representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Servicio al cliente (los números de teléfonos se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". También se encuentra disponible en el sitio web de Medicare https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión o terminarla 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 explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de descartar una apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica)*.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales	*Una "apelación rápida" también se denomina* ***"reconsideración acelerada".***

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

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

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

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  - 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 independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos 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 recibida su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. 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 decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite anterior, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que se le informará que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.*

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

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

- Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

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,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión, o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **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 llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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 su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Ley Administrativa. La Sección 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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?

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

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted no 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 rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente internado, incluidos los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta del hospital si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

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

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

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar este aviso en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

<u>Paso 1:</u> póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

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

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

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alt**a. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar* por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse 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 vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales	*Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada"**.*

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales *La explicación por escrito se denomina* ***"Aviso detallado del alta"****. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un ejemplo del aviso en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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

¿Qué sucede si la aceptan?

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

¿Qué sucede si la 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**, la cobertura del plan 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.

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

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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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

- Usted 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 segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación 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 la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 6.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital ("rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales	*A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.*

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

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

- **No se olvide de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

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

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares" para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. 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 rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces 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 rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.*

<u>Paso 1:</u> Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

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

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. 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 están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

<u>Paso 3:</u> 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 ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 7.1 *En esta sección se tratan solo tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

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

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

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

Si cree que estamos terminando la cobertura para 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

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

- En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales	*Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación de vía 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. (En la Sección 7.3, a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).*
	*El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, obtenga una copia en línea en* https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General- Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (En la Sección 4 se indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

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

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos límite.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

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

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

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

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

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación de vía rápida" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la *Calidad antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
    - Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales	*Esta explicación por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.*

Paso 3: Dentro del 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, **entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, 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.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su pedido de apelación de Nivel 1 *y* usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

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 decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

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

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

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

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 los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

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

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

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

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

Términos legales	*A la revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina* ***"apelación acelerada".***

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

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

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

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

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. 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 rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios de atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	*El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.*

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

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

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

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea necesaria por motivos médicos. 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 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 el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, 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 los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- En la Sección 8 de este capítulo se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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

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

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

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

Apelación de Nivel 3:	**Un juez que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina "Juez de Ley Administrativa".

- **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez.
  - 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 administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Ley Administrativa rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: **El Consejo de Apelaciones** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

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

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

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

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

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

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. 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.

Si tiene una queja con respecto a un servicio provisto por un hospital o centro de enfermería especializada que no forme parte de la red del plan, siga el proceso de quejas de Original Medicare. Sin embargo, si tiene una queja que involucre a un hospital o centro de enfermería especializada de la red del plan (o si el plan o uno de los proveedores de la red le dio instrucciones de ir a un hospital o centro de enfermería especializada fuera de la red), deberá seguir las instrucciones que se indican en esta sección. Esto es así incluso aunque haya recibido un Aviso de resumen de Medicare que indique que se procesó una reclamación, pero no está cubierta por Original Medicare. Asimismo, si tiene una queja sobre un servicio de emergencia o urgencia o sobre el costo compartido de servicios de un hospital o centro de enfermería especializada, deberá seguir las instrucciones que se indican en esta sección. Si tiene quejas sobre beneficios complementarios opcionales, también puede presentar una apelación.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Con respecto a su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u nuestro otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicio al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar el plan?
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 por el Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? • Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en la Sección 8 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "respuesta rápida de cobertura" o ha presentado una "apelación rápida", y hemos rechazado su solicitud, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 9.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- *En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"queja".***
- *Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo".***
- *Otra forma de decir **"usar el proceso para presentar una queja"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo".***

Sección 9.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio al cliente.** Si hay algo más que tenga que hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- **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.
- **Si no podemos resolver su queja por teléfono, contamos con un procedimiento formal para revisar sus quejas.** A esto lo denominamos el Procedimiento de Reclamos de Scott and White Health Plan. Todos los reclamos vinculados con la calidad de la atención médica recibirán una respuesta por escrito. Con el fin de que el Plan de salud evalúe su reclamo, usted debe interponer el reclamo en un plazo máximo de sesenta (60) días después del acontecimiento o incidente objeto del reclamo.
  - El Plan de salud recibirá, investigará y resolverá todos los reglamos con la rapidez que se requiera de acuerdo con su estado de salud, pero en un plazo máximo de treinta (30) días calendario tras la fecha de recepción del reclamo. El Plan de salud podrá ampliar el plazo de 30 días hasta catorce (14) días adicionales si usted solicita una prórroga o si el Plan de salud justifica la necesidad de obtener información adicional y documenta que el retraso le conviene. Si el Plan de salud amplía este plazo, le informaremos de inmediato el motivo del retraso por escrito.
  - El Plan de salud investigará el reclamo y enviará una carta de respuesta en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de recepción del reclamo.
  - El Plan de salud le responderá en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas tras la recepción de un reclamo que implique la denegación de una solicitud de determinación de cobertura acelerada o una redeterminación de cobertura acelerada, si aún no ha adquirido o recibido el medicamento en caso de que le corresponde a su plan en controversia.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto inmediatamente con el Servicio al cliente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
  - **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" 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.**

Términos legales	En esta sección, una "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**".

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. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
  - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **También puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 9.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre SeniorCare Preferred (Cost) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048

Capítulo 8

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 8.
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 153
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 153
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 153
Sección 2.1 Puede finalizar su membresía en cualquier momento 153
Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 153
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 154
Sección 3.1 Para cancelar la membresía, lo debe solicitar por escrito 154
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan 156
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 156
SECCIÓN 5 SeniorCare Preferred (Cost) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 156
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 156
Sección 5.2 Nosotros **no podemos** pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 157
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 157

SECCIÓN 1 Introducción

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

La cancelación de la membresía en SeniorCare Preferred (Cost) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Puede dejar el plan en cualquier momento. La Sección 2 indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía en cualquier momento

Puede dejar este plan en cualquier momento. Puede cambiar a Original Medicare o, en caso de que tenga un Período especial de inscripción, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en otro plan de medicamentos con receta de Medicare.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)***.
- Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Los miembros nuevos de Medicare la reciben dentro del mes siguiente a haberse inscrito por primera vez.
- También puede descargar una copia de este documento del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.

- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 Para cancelar la membresía, lo debe solicitar por escrito

Puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier momento del año y pasarse a Original Medicare. Para cancelar su membresía, nos debe hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Su membresía se cancelará el último día del mes en que recibamos su solicitud. Comuníquese con nosotros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

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.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su inscripción en SeniorCare Preferred (Cost) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos recetados de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Luego, póngase en contacto con el plan de medicamentos con receta de Medicare en el que quiere inscribirse y solicite su inscripción.** • Puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen la membresía en nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en SeniorCare Preferred (Cost) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, esa cobertura debería también comenzar en este momento.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).** • Puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen la membresía en nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en SeniorCare Preferred (Cost) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja SeniorCare Preferred (Cost), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).
- Si usa proveedores fuera de la red para recibir servicios médicos, los servicios están cubiertos conforme a Original Medicare. Usted será responsable por el costo compartido de Original Medicare para dichos servicios, con la excepción de los servicios de emergencia y urgencia.

SECCIÓN 5 SeniorCare Preferred (Cost) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

SeniorCare Preferred (Cost) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si usted ya no tiene la Parte B de Medicare. Los miembros deben permanecer inscritos continuamente en la Parte B de Medicare.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio o se muda de nuestra área de servicio por más de 90 días.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la parte posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).
- Si no es ciudadano estadounidense o no se encuentra presente en los Estados Unidos de forma legal.
- 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 forma 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.

- Si no paga la prima del plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la parte posterior de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

SeniorCare Preferred (Cost) no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 9 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 9

Avisos legales

Capítulo 9.
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 160
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 160
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 160

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare, 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.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), SeniorCare Preferred (Cost), como patrocinador de un plan de costos de Medicare, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Capítulo 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10.
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, producto o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 7 se explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios. En el caso de los Planes de costos de Medicare, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En un Plan de costos de Medicare, usted necesita obtener autorización previa para recibir servicios fuera de la red. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: son beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para 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 para 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 para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta al médico o por un medicamento recetado.

Coseguro: un monto que posiblemente se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios después de que pague los deducibles. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento recetado.

Costo compartido: se refiere a las cifras que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. (Esto es aparte de la prima mensual del plan). (Esto es aparte de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios; (2) cualquier monto de "copago" fijo que un plan exija al recibir servicios específicos; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exija al recibir servicios específicos.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que "paga de su bolsillo" un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades 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 por ejemplo, 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 comience a pagar.

Determinación de la organización: el Plan de costos ha tomado una determinación de la organización cuando decide si los productos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 7 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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 perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones con motor, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage, 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 de saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Por ser miembro de SeniorCare Preferred (Cost), solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan.
No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de seis meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. 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. El centro de cuidados paliativos brindará el tratamiento especial para su estado.

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

Ingreso de seguridad suplementario (*SSI, Supplemental Security Income*): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

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 de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare de costo o un plan Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto superior de la prima de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Organización para la mejora 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. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

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)".

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención 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 haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un 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. Usted debe pagar el deducible para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. (Como miembro de un plan de costos de Medicare, puede pasarse a Original Medicare en cualquier momento. Sin embargo, solo puede inscribirse en un nuevo plan de medicamentos o de salud de Medicare en determinados momentos del año, como durante el Período de inscripción anual).

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o 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. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization, 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. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo por servicios que se reciban de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior para los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) 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 con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada *(Programs of All-inclusive Care for the Elderly, 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 HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados. Cualquier persona que tenga las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

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 de costos de Medicare no es una póliza Medigap).

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

Proveedor de atención primaria (*Primary Care Provider, PCP*): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de

atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de 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 llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: 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. Consulte también "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Reclamo: un tipo de queja que presenta sobre nosotros, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan, encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. (En el caso de los miembros que solo tengan la Parte B de Medicare, el plan solo cubre los servicios de la Parte B).

Servicios cubiertos: es el término general que usamos 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: los servicios de urgencia son brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (*Skilled Nursing Facility, SNF*): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (*Low Income Subsidy, LIS*): consulte "Ayuda adicional".

Scott&White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Asistencia en otros idiomas

English:
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Spanish:
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Vietnamese:
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Chinese:
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141（TTY：1-800-735-2989）。

Korean:
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:
ملحوظة: اذإ كنت تتحدذا ثكر اللغة، فإن خدماا تـلمساعدا ةللغوية تتوافر لك بالمجاا .نتصل برقم 1-866-334-3141 (رقم هاتف الصم اولبكم: 1-800-735-2989).

Urdu:
خبرا :رادگر ودرا پـآ بولتـے ہیں، تو پـآ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب اک ۔ ریپل کریں .(TTY: 1-800-735-2989) 1-866-334-3141

Tagalog:
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

French:
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 1-800-735-2989).

Hindi:
धय न द: यद आप ह द ब लत ह त आपक ल ए मफत म भ ष सह यत सव ए उपलबध ह। 1-866-334-3141
(TTY: 1-800-735-2989) पर क ल कर।

Persian:
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلاز تبانی بصار تـرویگان بارامشـ ی
فمهار می باشد. با (TTY: 1-800-735-2989) 1-866-334-3141 تماس بگیرید.

German:
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Gujarati:
સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો
1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Russian:
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 1-800-735-2989).

Japanese:
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-334-3141 (TTY:1-800-735-2989）まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍ່ລົ່ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,
ໂດຍບໍ່ເສັບຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-866-334-3141 (TTY: 1-800-735-2989).

Scott&White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Aviso sobre no discriminación

ATENCIÓN: Si habla inglés, contamos con servicios gratuitos de asistencia de idiomas.
Llame al 1-866-334-3141 (usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989).

El plan de salud de Scott and White cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El plan de salud de
Scott and White no excluye a personas ni las trata de modo diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Scott and White Health Plan

- Provee suministros y servicios de forma gratuita para que personas con discapacidades se puedan comunicar con nosotros, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
    - Información escrita en otros formatos (tamaño de lentra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea inglés, como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Patricia Balz.

Si considera que Scott and White Health Plan no le ha prestado estos servicios o ha actuado de alguna otra forma discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante las siguientes autoridades:

Patricia Balz, Vicepresidenta de Recursos Humanos
2401 South 31st Street, MS-17-212, Temple, Texas 76508
254-724-8650, 254-724-1631
patricia.balz@bswhealth.org

Puede presentar una queja en persona, por correspondencia, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Patricia Balz, Vicepresidente de Recursos Humanos estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar su reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos, disponible en https://ocrportal. hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. También puede comunicarse por correspondencia o por teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

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

Servicio al cliente de SeniorCare (Cost)

Método	Información de contacto del Servicio al cliente
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana El Servicio al cliente también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2989 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. De 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	seniorcare.swhp.org

Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas es un programa estatal que recauda fondos del gobierno federal para brindar servicios gratuitos de asesoramiento sobre seguros médicos a nivel local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-252-3439
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance, Mail Code 111-1A 333 Guadalupe Austin, TX 78701-9104
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

*De acuerdo con la **Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA)** de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*