



Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO)

En este folleto, se ofrecen detalles acerca de la cobertura de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, SeniorCare Advantage Select (HMO), es ofrecido por Scott and White Health Plan. (Cuando, en esta *Evidencia de cobertura*, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Scott and White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SeniorCare Advantage Select [HMO]).

SeniorCare Advantage HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan, una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible sin cargo en español.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

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

Evidencia de cobertura de 2019 Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **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. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	14
	Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (SeniorCare Advantage Select [HMO]) y con otras organizaciones, como 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), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.	
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos	25
	Explica puntos importantes que debe saber sobre cómo obtener 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)	37
	Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5.	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos	83
	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	89
	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)	100

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

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener la atención médica que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye cómo pedirle al 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.....	138
	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.....	146
	Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
Capítulo 10.	Definiciones de palabras importantes.....	149
	Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en SeniorCare Advantage Select (HMO), que es un plan Medicare HMO	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿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 del plan para SeniorCare Advantage Select (HMO)....	7
Sección 2.4	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos	8
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	8
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener toda la atención cubierta	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual de SeniorCare Advantage Select (HMO).....	9
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	9
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	10
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	10
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted	10
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	11
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....	11
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	11
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	11

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Usted está inscrito en SeniorCare Advantage Select (HMO), que es un plan Medicare HMO**

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para atención médica de Medicare a través de nuestro plan, SeniorCare Advantage Select (HMO).

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud que califica (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. SeniorCare Advantage Select (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (“HMO” significa ‘Organización para el mantenimiento de la salud’) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. SeniorCare Advantage Select (HMO) no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

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

En este folleto sobre la *Evidencia de Cobertura*, se describe cómo puede obtener atención médica cubierta de Medicare a través del 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 y los servicios médicos a su disposición como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO).

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa o simplemente tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al cliente del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará 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 Advantage Select (HMO) 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 dicha 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 Advantage Select (HMO), desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de SeniorCare Advantage Select (HMO) después del 31 de diciembre de 2019. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años SeniorCare Advantage Select (HMO). Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe el área de servicio).
- Sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Y *no* padezca enfermedad renal terminal (ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.

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

Cuando 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 lo siguiente:

- 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 cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para SeniorCare Advantage Select (HMO)

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burluson, Burnet, Coryell, Falls, Fayette, Freestone, Grimes, Hamilton, Hill, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Llano, McLennan, Madison, Milam, Mills, Robertson, San Saba, Somervell, Washington y Williamson.

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

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a SeniorCare Advantage Select (HMO) en caso de que no sea elegible para seguir siendo miembro en virtud de este requisito. SeniorCare Advantage Select (HMO) 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 toda la atención cubierta**

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

 <p>Scott & White HEALTH PLAN PART OF BAKER SCOTT & WHITE HEALTH</p>	<p>SENIORCARE ADVANTAGE • HMO</p>
<p>JOHN DOE Member No.: 12345678900 HMO Health Plan: (80840) 7588667718</p>	
<p>RX BIN: 610011 RX PCN: IRX RX Copay:</p>	<p>Group No.: PCP/Spec: / ER/Urgent: /</p>
<p>Please have this card available at all times. This card is for identification purposes only and does not guarantee membership or coverage.</p>	
<p>CMS H8142_</p>	
<p>MEMBERS - Call 866-334-3141 for services requiring prior authorization. Emergency and urgently needed services are covered outside the plan service area (but not outside of the U.S.). If you require inpatient admission following an emergency, please notify SWHP within 48 hours of emergency services.</p>	
<p>Customer Service: 866-334-3141 advantage.swhp.org TTY (Hearing Impaired): 800-735-2989 24-Hour Nurse Advice: 877-505-7947</p>	
<p>PROVIDERS - For benefits and eligibility, visit https://portal.swhp.org/providerportal. For assistance, call 800-655-7947.</p>	
<p>Please send claims and related correspondence to: SCOTT AND WHITE HEALTH PLAN - Attn: CLAIMS PO Box 21800 Eagan, MN 55121-0800</p>	

En la mayoría de los casos, mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Es posible que deba mostrar la nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de su tarjeta de miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), podría tener que pagar el costo total de los servicios.

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

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

El *Directorio de proveedores* detalla nuestros proveedores de la red y distribuidores 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, distribuidores 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. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en advantage.swhp.org.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, se le puede pedir que utilice los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que SeniorCare Advantage Select (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). En el Servicio al cliente, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en advantage.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 Advantage Select (HMO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague una prima mensual por separado para SeniorCare Advantage Select (HMO). No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

El documento denominado *Medicare & You 2019 (Medicare y Usted 2019)* incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2019 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2019). Explica cómo difiere la prima de la Parte B de Medicare en casos de personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You (Medicare y usted)*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)* 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 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan.

Los médicos, hospitales y 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.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

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

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

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

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene 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 atentamente esta información. Si es correcta, no será 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 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 personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. 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. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- 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 y/o Medigap hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o bien si necesita actualizar el resto de su información de seguro, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le pidan 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	Información de contacto de SeniorCare Advantage Select (HMO) (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan).....	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	18
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	19
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)	20
SECCIÓN 5	Seguro Social	21
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)....	22
SECCIÓN 7	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	23
SECCIÓN 8	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	23

SECCIÓN 1 Información de contacto de SeniorCare Advantage Select (HMO) (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al Cliente de SeniorCare Advantage Select (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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	711 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. El horario de atención es 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	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al 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 y quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el 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. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
TTY	711 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. El horario de atención es 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	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar 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. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 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. El horario de atención es 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	advantage.swhp.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo

Evidencia de cobertura de 2019 para SeniorCare Advantage Select (HMO)
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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 y quejas]*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
TTY	711 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. El horario de atención es 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 DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage Select (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en 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 por concepto de servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y le 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
ESCRIBA A	Scott and White Health Plan 1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502
SITIO WEB	advantage.swhp.org

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

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

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

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

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p data-bbox="342 327 683 363">https://www.medicare.gov</p> <p data-bbox="342 380 1377 611">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 convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="342 627 1252 701">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="342 718 1357 1003" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="342 718 1214 791">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. <li data-bbox="342 808 1357 1003">• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="342 1020 1357 1094">También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de SeniorCare Advantage Select (HMO):</p> <ul data-bbox="342 1110 1365 1346" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="342 1110 1365 1346">• Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre SeniorCare Advantage Select (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="342 1362 1377 1598">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta 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.

Evidencia de cobertura de 2019 para SeniorCare Advantage Select (HMO)
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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 de salud, 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. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Información de contacto del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas
LLAME AL	1-800-252-9240 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
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.

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. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de KEPRO
LLAME AL	1-888-315-0636 Días hábiles: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 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 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y 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 está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que 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. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 PM p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante 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. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 PM 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 del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles 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 ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Método	Información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
LLAME AL	1-800-252-8263 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services, Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd. Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov

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 alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. 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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada 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 virtud de 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	26
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	26
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan	26
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	27
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica	27
Sección 2.2	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	28
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	29
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre	29
Sección 3.1	Cómo obtener atención ante una emergencia médica	29
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios	30
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	31
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	31
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos	31
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	31
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	32
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	32
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	33
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de asistencia no médica”	34
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de asistencia no médica?	34
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de asistencia no médica cubre nuestro plan?	34
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	35
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	35

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 ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de 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 nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, SeniorCare Advantage Select (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

SeniorCare Advantage Select (HMO) 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 médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor que no pertenezca a la red. En estos casos, se debe obtener autorización previa de Scott and White Health Plan antes de recibir los servicios fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe 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?

Es recomendable que los miembros de SeniorCare Advantage Select (HMO) elijan un PCP, pero no es obligatorio que obtengan remisiones para consultar con un especialista. El PCP es un profesional de atención médica que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle la atención médica básica. El PCP brinda atención de rutina o básica y coordina el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan, como radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, internaciones 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. Si necesita ciertos tipos de suministros o servicios cubiertos, su PCP puede ayudarlo a coordinar estos servicios con el plan de salud. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que el PCP brinda y coordina su atención médica, es útil que usted como miembro se asegure de que su PCP tenga todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elige al PCP?

Seleccione un PCP de nuestro Directorio de proveedores en línea o impreso y llame al Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número que se encuentra impreso en el reverso de este folleto para informarles su decisión. El Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan también puede brindarle ayuda para seleccionar un PCP si es necesario. Esta información se agregará a su registro de membresía.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Llame al Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan al número que se encuentra impreso en el reverso de este folleto para preguntar cómo cambiar su PCP. El cambio de PCP entrará en vigor 72 horas después de presentar su solicitud.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

No es necesaria una remisión de su PCP para recibir atención cubierta de proveedores de la red, incluidos los especialistas. Sin embargo, usted, su PCP o su representante designado puede necesitar una aprobación por adelantado (una “autorización previa”) de nuestro plan para ciertos servicios. Si es necesario obtener una autorización previa y usted o su médico no lo hacen, SeniorCare Advantage Select (HMO) no pagará los servicios. Para obtener información sobre la autorización previa o la remisión, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4. Los especialistas y centros deben pertenecer a la red de proveedores contratados para que los servicios se procesen en SeniorCare Advantage Select (HMO).

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

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. 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 su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le 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 hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Para obtener más ayuda, llame al 1-866-334-3141, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Por lo general, debe utilizar proveedores de la red para recibir la atención cubierta. No obstante, si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Le recomendamos trabajar determinar con PCP o especialista de la red cuándo presentar una solicitud de atención fuera de la red. Es posible que su médico pueda explicarle mejor su afección médica y brindarle detalles específicos sobre su solicitud. Para obtener la autorización previa, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-866-334-3141 (TTY: 711). Nota: los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o para servicios de urgencia fuera del área. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los miembros con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y no pueden acceder a proveedores de ESRD contratados.

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**” se produce 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, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. (El número de teléfono al que debe llamar aparece 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 cuando lo 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 se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- bien, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener estos servicios (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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 afección imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene.

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

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar los proveedores contratados de atención de urgencia en nuestro sitio web, advantage.swhp.org, en el Directorio de proveedores en línea, o puede comunicarse con el Servicio al

Cliente al número que se encuentra en la portada posterior de este folleto para que lo ayuden a encontrar proveedores contratados de atención de urgencia.

¿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.

El 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.

Visite advantage.swhp.org para saber sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

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

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

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

SeniorCare Advantage Select (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos 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 no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de

no cubrir su atención.

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 quiere 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 portada 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. Si no se cubre un servicio, el gasto de bolsillo no se tendrá en cuenta para el costo máximo que paga de su bolsillo. Para obtener más información sobre el costo máximo que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite de beneficio, puede llamar al Servicio al cliente.

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 un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar 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 constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare 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 esa participación.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan 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.

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. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación. *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 de investigación clínica, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

Sección 5.2 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:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 5.

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.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿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 7 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 asistencia no médica”

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

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de asistencia no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y 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 asistencia no médica que se presten en instituciones religiosas de asistencia no médica.

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

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

- La atención o el tratamiento médicos que “no estén exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntario y que *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de asistencia no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización 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?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), no tendrá posesión de los productos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el producto como miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del producto. No hay excepciones a este caso cuando 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	Comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	38
Sección 1.1	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	38
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?	38
Sección 1.3	Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios	39
Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”	39
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	40
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	40
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	73
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	73

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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.

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto 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?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red 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.

En su condición de miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2019 es \$5,300. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo de \$5,300 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 dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios
--------------------	---

Además del monto dentro de la red y del monto combinado que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 más arriba), también tenemos un monto máximo separado que paga de su bolsillo y que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,750 para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados. Una vez que haya pagado \$1,750 de su bolsillo para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados, el plan cubrirá estos servicios sin costo para usted durante el resto del año calendario. Tanto el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como el monto máximo que paga de su bolsillo para servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados se aplican a los servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados. Esto significa que, una vez que haya pagado \$5,300 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, el plan cubrirá los servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados sin costo para usted durante el resto del año calendario.

Sección 1.4	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”
--------------------	---

Como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “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.

Aquí le mostramos cómo 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 del 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:
 - 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 en 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 que no participa en 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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 las páginas siguientes enumera los servicios que cubre SeniorCare Advantage Select (HMO) 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 (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. 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 proveedores fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su 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 que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)*. Consúltelo 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 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez 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, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano 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 servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Copago de \$265 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. <i>Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia requieren autorización previa.</i></p> <p>Los copagos que se especifican más arriba se aplican a un viaje de ida o de vuelta en ambulancia.</p> <p>Copago de \$265 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Los copagos que se especifican más arriba se aplican a un viaje de ida o de vuelta en ambulancia.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Consulta anual de bienestar</p> <p>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. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
 <p>Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (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).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
 <p>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con un 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.</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensa cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
 <p>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
 <p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. 	<p>Copago de \$20 para cada consulta de atención quiropráctica cubierta por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p> <p>Crédito combinado de hasta \$1,500 por año para todos los servicios odontológicos preventivos e integrales adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales <p>Limitado a 1 examen bucal cada seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) <p>Limitado a 1 limpieza cada seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías dentales <p>Limitado a 1 radiografía cada tres años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico <p>Limitado a 1 servicio de diagnóstico cada seis meses.</p>	<p>Copago de \$0.</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Extracciones Limitado a 1 extracción cada cinco años. • Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios Limitado a 1 servicio cada cinco años. 	<p>Coseguro del 50 %.</p> <p>Coseguro del 50 %.</p> <p>Para obtener información sobre las exclusiones en odontología, consulte la Sección 3.1 del Capítulo 4.</p>
 <p>Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>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). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que padecen diabetes y 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 adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web advantage.swhp.org.</p> <p>Por lo general, SeniorCare Advantage Select (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, salvo que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en SeniorCare Advantage Select (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante 90 días como máximo. En ese período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es apropiada para sus necesidades médicas después de los 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a otro profesional para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca son apropiados para su afección médica. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Coseguro del 20 % para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce 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 de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que para los servicios que se brindan dentro de la red.</p>	<p>Copago de \$80.</p> <p>No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital en un período de 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, o si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Educación sobre salud y bienestar</p> <p>A través del programa Silver and Fit, los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una membresía para el gimnasio: puede ir a un gimnasio de Silver and Fit, YMCA o un centro de ejercicios* cercano que participe en el programa. • Un programa de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre varios kits de acondicionamiento físico si no puede ir a un gimnasio o si desea entrenarse en su hogar. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficio. <p>Los miembros de Silver and Fit también pueden acceder a clases de Silver and Fit de bajo impacto (si están disponibles), que se enfocan en mejorar y aumentar la fuerza muscular y la resistencia, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; clases de envejecimiento con salud (en línea o DVD); un boletín informativo trimestral; y herramientas web.</p> <p>* Los servicios no estándar que requieran un cargo adicional no forman parte del programa de Silver and Fit y no se reembolsarán.</p>	<p>Copago de \$0.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>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 realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Exámenes auditivos de rutina Límite de 1 consulta por año.</p> <p>Evaluación/colocación de audífonos Límite de 1 consulta por año.</p> <p>Audífonos Crédito combinado de hasta \$1,000 para ambos oídos cada tres años para audífonos.</p>	<p>Copago de \$40 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 por un examen auditivo de rutina por año.</p> <p>Copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los tipos <p>Límite de 1 audífono cada tres años.</p>	<p>Copago de \$0.</p>
 <p>Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>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 casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de 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 los servicios de un auxiliar 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 	<p>Copago de \$0 para consultas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un 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 pronóstico terminal que certifique que tiene una 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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención a domicilio. <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal:</u> 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 pronóstico terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). 	<p>Si se encuentra en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no SeniorCare Advantage Select (HMO), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Para los servicios cubiertos por SeniorCare Advantage Select (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: SeniorCare Advantage Select (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno; cubrimos vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención para pacientes internados en un hospital</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$350 por día.</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día. El plan cubre 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Costo por día de reserva de por vida:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$350 por día.</p> <p>Días 6 a 60: copago de \$350 por día.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital.</p> <p>Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>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 revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante.</p> <p>Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si SeniorCare Advantage Select (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar alejado fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondiente para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado en el hospital, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-anInpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20 % a partir de la primera pinta de sangre que necesite.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene un límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en casos de emergencia, su médico debe informar al plan que usted ingresará al hospital. 	<p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Días 1 a 5: copago de \$318 por día. Días 6 a 90: copago de \$0 por día. El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 a 5: copago de \$318 por día. Días 6 a 60: copago de \$318 por día.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Hospitalización para pacientes internados: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o un SNF durante una hospitalización para pacientes internados no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización para pacientes internados no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización para pacientes internados. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) 	<p>Copago de \$0 para cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de \$40 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 a \$300 por servicios, procedimientos y pruebas radiológicas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso a sustitución o reparación 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 • Consultas de fisioterapia, patología del habla y del lenguaje o terapia ocupacional 	<p>Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para cada dispositivo protésico cubierto por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$25 para consultas de fisioterapia, patología del habla y del lenguaje o terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p>Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias 	<p>Coseguro del 20 % para servicios de quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos.</p> <p><i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Es posible que se requiera un tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Exige que primero pruebe un medicamento menos costoso de eficacia comprobada para la mayoría de las personas con su afección antes de que pueda subir un “escalón” hacia un medicamento más costoso.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones 	<p>Copago de \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$0 para radiografías cubiertas por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Coseguro de 20 % para servicios radiológicos terapéuticos, cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$75 a \$300 según los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no incluye radiografías) para CT, MRI, mielografía, exploración con PET, MRA, SPECT, CTA, cardiología nuclear y pruebas de resistencia. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos: servicios de diagnóstico que no sean radiológicos • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos: servicios de diagnóstico radiológicos, no incluye radiografías 	<p>Usted paga un coseguro del 20 % a partir de la primera pinta de sangre que necesite. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital 	<p>Copago de \$275 para cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$350 para hospitalizaciones para paciente externo cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20 % para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado al hospital, usted es un paciente externo y paga el monto del costo compartido para los servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-anInpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Coseguro del 20 % para servicios de quimioterapia para pacientes externos, medicamentos de la Parte B y otros servicios para pacientes externos. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>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 por Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Copago de \$40 para cada consulta de terapia individual o grupal, con o sin un psiquiatra, cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p>	<p>Copago de \$25 para consultas de fisioterapia o patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$25 para consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Tiene cobertura para el tratamiento de abuso de sustancias a través de Original Medicare.</p> <p>* Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener la autorización de SeniorCare Advantage Select (HMO). El tratamiento para el abuso de sustancias químicas incluye servicios médicos para la desintoxicación aguda y la rehabilitación para pacientes externos según las pautas de Medicare.</p>	<p>Copago de \$45 por consultas grupales e individuales como paciente externo para el tratamiento de abuso de sustancia cubiertas por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado al hospital, usted es un paciente externo y paga el monto del costo compartido para cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p>	<p>Copago de \$350 para cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare. Se aplicará un coseguro del 20 % a los servicios de transfusión. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Coseguro del 20 % para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Copago de \$275 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. <i>Se requiere autorización previa</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes 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 para paciente internado.</p>	<p>Copago de \$40 por día para servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo 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 la cirugía. • Atención dental 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). 	<p>Copago de \$0 para cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$40 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. 	<p>Las consultas de podiatría que cubre Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies. Copago de \$45 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>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). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p> <p>* No se requiere autorización previa para dispositivos protésicos y suministros relacionados cuando el miembro usa un proveedor dentro de la red. Si un miembro elige dispositivo o suministro de un proveedor que no está en la red, el miembro primero debe recibir una autorización previa del plan de salud para que se cubra el dispositivo suministro.</p>	<p>Coseguro del 20 % por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de, al menos, 30 paquetes por año y que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> el miembro debe recibir 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 elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales muy 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 son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos 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 los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • 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 autodiálisis en su 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). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para servicios de diálisis cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 10 de este folleto, encontrará una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital 	<p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere hospitalización previa de tres días calificada por Medicare. Para la atención en un SNF cubierta por Medicare:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$167.50 por día.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> 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 asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>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:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La SET está cubierta para miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos que comprendan un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que el beneficio supere los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. <p>La cobertura de SET puede extenderse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas para proporcionar 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. <i>Se puede requerir autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de urgencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que para los servicios que se brindan dentro de la red.</p>	<p>Copago de \$50 para consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare. No se aplica el copago si usted es ingresado en un hospital en un período de 24 horas por la misma afección.</p> <p>Este beneficio está disponible solo en los Estados Unidos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • 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 una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Examen de la vista de rutina Límite de 1 consulta por año.</p> <p>Anteojos de rutina adicionales Crédito combinado de hasta \$125 por año para todos los anteojos adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto Limitado a 12 pares de lentes de contacto por año. • Monturas de anteojos Limitado a 1 par de monturas de anteojos por año. 	<p>Copago de \$40 para cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento cubiertos por Medicare para enfermedades y afecciones oculares, incluida una prueba anual de detección de glaucoma para personas en riesgo.</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto rígidos luego de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por hasta un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de anteojos Limitado a 1 juego de lentes para anteojos por año. • Anteojos (lentes y monturas) Limitado a 1 par de anteojos (lentes y monturas) por año. 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Copago de \$0.</p>
 <p>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>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, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es que pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado respecto de no brindar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este folleto).

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	√	
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un Estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Habitación privada en el hospital.		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Solo se cubre cuando es médicamente necesario.</p>
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.	√	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas 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		<p style="text-align: center;">√</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.	√	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Atención dental que no es de rutina.		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</p>
Atención de quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.</p>
Entrega de comidas a domicilio	√	
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de 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.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados	√	
Acupuntura.	√	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	√	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

Otras exclusiones:

- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, 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 al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus montos del costo compartido.
- La cobertura para medicamentos se limita a aquellos productos farmacéuticos recetados o indicados por un proveedor y utilizados por el suscriptor mientras está en el hospital. Los medicamentos para el hogar no están cubiertos, salvo en la medida que estén cubiertos por Medicare, como medicamentos contra las náuseas después de la quimioterapia.

- Los exámenes físicos y los informes para cualquier fin que no sean atención médica necesaria como empleo, licencias, seguro, escolaridad o viajes.
- Los servicios para los cuales el suscriptor recibiría un reembolso por la atención de una lesión o enfermedad ocupacionales en las circunstancias cubiertas por las leyes de responsabilidad del empleador.
- Pruebas psicológicas que no son necesarias desde el punto de vista médico u otros exámenes con fines educativos o de desarrollo.
- Salvo que la ley lo exija de otro modo, Scott and White Health Plan no pagará a ningún proveedor ni reembolsará al suscriptor por cualquier servicio cubierto para el cual el suscriptor no tendría obligación de pagar si no tuviera cobertura conforme a este acuerdo.
- El tratamiento para lesiones o enfermedades causadas por una guerra.
- Los servicios enumerados más arriba que no estén cubierto seguirán sin cobertura incluso si se reciben en un centro de emergencias.
- Dispositivos artificiales, aparatos correctivos y suministros médicos, como baterías, condones, vendas, jeringas, prótesis dentales, audífonos, anteojos y lentes correctivos (salvo las especificaciones del Capítulo 4).
- Costos/cargos asociados con el llenado o la copia de formularios médicos o de otra índole.

Seguro odontológico: exclusiones

1. Servicios que no son necesarios desde el punto de vista odontológico, aquellos que no cumplen los estándares generalmente aceptados de atención médica para tratar la afección dental particular o que MetLife considera de naturaleza experimental.
2. Servicios para los cuales una persona con cobertura no necesitaría pagar sin seguro odontológico.
3. Servicios o suministros que recibe una persona con cobertura antes de que su seguro comience.
4. Servicios que no son brindados ni indicados por un dentista, salvo por los servicios de un higienista dental que son supervisados y facturados por un dentista, y que son para raspar o pulir los dientes, o para tratamiento con flúor.
5. Servicios que son principalmente estéticos, salvo que se requieran para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito en un niño recién nacido.
6. Servicios o aparatos que restablecen o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
7. Restauración de la estructura dental dañada por desgaste, abrasión o erosión, salvo que la causa sea una enfermedad.
8. Restauraciones o aparatos usados para el entablillado periodontal.
9. Asesoramiento o instrucción sobre higiene bucal, control de placas, nutrición y tabaco.
10. Suministros o dispositivos personales, entre los que se incluyen, irrigadores bucales, cepillos de dientes o hilos dentales.

11. Colocación inicial de una prótesis dental para reemplazar uno o más dientes que se perdieron antes de que dicha persona tuviera seguro dental, salvo por los dientes naturales que se pierden congénitamente.
12. Decoración o inscripción de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
13. Consultas perdidas.
14. Servicios cubiertos a través de la compensación laboral o las leyes de enfermedades ocupacionales.
15. Servicios cubiertos por las leyes de responsabilidad del empleador.
16. Servicios para los cuales el empleador de la persona que recibe dichos servicios no está obligado a pagar.
17. Servicios recibidos en un centro mantenido por el titular de la póliza, el sindicato, la asociación de beneficios mutuos o el hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos.
18. Servicios cubiertos por otra cobertura que brinda el titular de la póliza.
19. Restauraciones temporales o provisionarias.
20. Aparatos temporales o provisionarios.
21. Medicamentos con receta.
22. Servicios para los cuales la documentación presentada indica un mal pronóstico.
23. Servicios, en la medida que dichos servicios o beneficios para dichos servicios estén disponibles a través de un plan del gobierno. Esta exclusión se aplicará ya sea que la persona que recibe los servicios está inscrita o no en el plan del gobierno. MetLife no excluirá el pago de los beneficios para dichos servicios si el plan del gobierno exige que el seguro odontológico a través de la póliza grupal se pague primero.
24. Lo siguiente cuando el dentista lo cobra por separado: llenado del formulario de reclamación; control de infecciones, como guantes, máscaras y esterilización de suministros; o anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia como óxido de nitrógeno.
25. Servicios odontológicos que surjan de una lesión accidental en los dientes y las estructuras de apoyo, salvo por las lesiones a los dientes por mascar y morder alimentos.
26. Pruebas de susceptibilidad a caries.
27. Fijaciones de precisión asociadas con prótesis fijas y extraíbles.
28. Ajuste de una prótesis dental realizada dentro de los 6 meses después de la colocación por el mismo dentista que la colocó.
29. Dispositivos o aparatos protésicos duplicados.
30. Reemplazo de aparatos por pérdida o robo, reparación de molde dentario o prótesis dental.
31. Imágenes fotográficas intra- y extrabucales.

32. Aparatos fijos y extraíbles para la corrección de hábitos dañinos.
33. Aparatos o tratamiento para el bruxismo (rechinar de dientes), entre los que se incluyen, protectores oclusales y protectores nocturnos.
34. Implantología, incluidas las 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 materiales sellantes.
41. Espaciadores.
42. Protección pulpar.
43. Mantenimiento periodontal.
44. Tratamiento paliativo de emergencia.
45. Restauraciones con moldes dentarios, incluidos incrustaciones, recubrimientos, coronas.
46. Coronas prefabricadas.
47. Prótesis con soporte de implante.
48. Reparaciones.
49. Recementaciones.
50. Reconstrucción de coronas: postes y muñones.
51. Tratamiento de conducto.
52. Pulpotomía.
53. Terapia pulpar.
54. Apexificación y recalcificación.
55. Cirugía periodontal.
56. Servicios de periodoncia no quirúrgicos, como raspado y pulido radicular.

57. Colocación inicial o reemplazo de una prótesis dental fija y permanente.
58. Cirugía bucal, salvo que se especifique como servicio cubierto.
59. Anestesia general/sedación intravenosa.
60. Consultas.
61. Servicios generales.
62. Ajustes oclusales.
63. Empastes sedativos.

CAPÍTULO 5

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos cubiertos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos 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 de costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	84
Sección 1.1	Si usted paga lo que le corresponde al plan del costo de los servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	84
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí	86
Sección 2.1	Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago	86
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	86
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos	86
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, la atención médica, puede presentar una apelación	87

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga lo que le corresponde al 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 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 deben ser cubiertos, 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, independientemente de que este sea 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 de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos 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 del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “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 1.4 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 pondremos en contacto con el proveedor directamente 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

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

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

Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio al cliente. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).

Si, en algunas circunstancias, usted debe pagar el costo total de los servicios cubiertos cuando se le brindan, por ejemplo, si recibe servicios de un proveedor o centro que no factura a Medicare, deberá obtener un recibo detallado de los servicios brindados y presentarlo con prueba de su pago para recibir el reembolso a través de los beneficios de SeniorCare Advantage Select (HMO).

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 recibí

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 realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (advantage.swhp.org) o llame al Servicio al Cliente y solicite el formulario. (En la portada 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 los 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que 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 usted ha seguido 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. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos).

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos auxiliar de atención médica

- 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 usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de haber leído la Sección 4, vaya a la Sección 5.3 para conocer cómo presentar una apelación sobre la obtención del reembolso de un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	90
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	90
Sección 1.2	Debemos tratarle con imparcialidad y respeto en todo momento	91
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos.....	91
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	92
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	92
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	94
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado.....	95
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	96
Sección 1.9	¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?	96
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	97
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	97

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 español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

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

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en otros idiomas o letra grande, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o comuníquese con el responsable de Cumplimiento de Scott and White Health Plan.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para interponer 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.

En esta Evidencia de cobertura o en este correo, se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Scott and White Health Plan para obtener 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 Scott and White Health Plan's Chief Compliance and Risk Officer.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call us to file a complaint with 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. 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).

Programa 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 Scott and White Health Plan Viên Chức.

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 tratarle 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 asegurable o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud referida a nuestra política antidiscriminación 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 su Oficina de Derechos Civiles local.

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

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

Como miembro del plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se incluyen más detalles sobre esto). Llame al Servicio al Cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud 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. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones 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 corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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

Como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono):

- **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 estos.
 - 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 están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en advantage.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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **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 restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia 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 para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
 - 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 atención médica 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 el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son 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.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. 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 denegado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este folleto indica cómo pedirle 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 para 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, al asistente social o 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 están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado 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 hacerlo. 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 Sociales de Texas.

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

En el Capítulo 7 de este folleto, se indica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Le indica lo que puede hacer si tiene problemas o 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 un reclamo. 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 reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 ¿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 están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, 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 Internet en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** 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 de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Servicio al cliente para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
 - 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 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).
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que requiera atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónelos la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - 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:
 - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio. Este será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si usted recibe algún 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. Llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - **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 jubilación para ferroviarios). 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.
 - En la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono y el horario de atención del Servicio al cliente.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, 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	102
SECCIÓN 1 Introducción.....	102
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	102
Sección 1.2 Acerca de los términos legales	102
SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	102
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	102
SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	103
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?.....	103
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....	104
SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	104
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general.....	104
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación	105
Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?.....	105
SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	106
Sección 5.1 Esta sección le 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	106
Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)	107
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)	110
Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2	113
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?	115
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para pacientes internados más prolongada si usted considera que el médico le está	

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

	dando el alta demasiado pronto	116
Sección 6.1	Durante la hospitalización para pacientes internados, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos.....	116
Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	117
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	120
Sección 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ...	121
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto...	124
Sección 7.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).....	124
Sección 7.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	124
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	125
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	127
Sección 7.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? ...	128
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	131
Sección 8.1	Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	131
	PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA	132
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	132
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	133
Sección 9.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	134
Sección 9.3	Paso a paso: presentación de una queja	135
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad	136
Sección 9.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja	136

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 apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de 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.

¿Cuál utiliza? 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 ser difíciles de entender.

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 se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil (y, a veces, es bastante importante) conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. 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 a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por 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, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?**Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones?
¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?**

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican 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 es sobre los beneficios o la cobertura?**

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

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

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una 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 los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Una 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 relacionadas con la cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted 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 con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al 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 puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de 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 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 está en desacuerdo 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 pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. 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 algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Nos **puede llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (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 deniega 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 actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si desea 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 portada posterior de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (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. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan 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 remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. 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	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	---

Existen tres tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones.

Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si

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

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*: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (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, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le 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 a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer**

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

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 solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención 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 siguiente sección 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.
¿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 puede 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 **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, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándares 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, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo 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 beneficiarlo (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 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).

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

- 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 nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar 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 no cumple 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 un “reclamo rápido” 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).

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

Plazos límite para una decisión de cobertura "rápida"

- 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 en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para decidir la cobertura, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo 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 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante 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.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por

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

escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite 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”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo 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. La Sección 5.3 más adelante 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.
- **Si rechazamos 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.

Paso 3: 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.**

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

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación 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 portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También está 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 ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación 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 razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite 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 sustentar 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 y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.

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

- 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 se dieron 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 beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos 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 hablamos 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente automáticamente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una 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 comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, 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. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta

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

a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente automáticamente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de seguir 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.*

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 nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa 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 “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

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

- 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 beneficiarlo, **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 beneficiarlo, **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 para solicitudes estándares; o en el plazo de 72 horas desde 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 está 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 (hasta un total de cinco niveles de apelación).

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

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

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos 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 solicitarnos que paguemos la parte que nos 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 acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (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 hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

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

- 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 para pacientes internados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto**

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. 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 para pacientes internados, 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, una enfermera) 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

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

- 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 hospitalaria 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 solicitar un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 6.2 a continuación le 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).
- La firma del aviso *solo* indica 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 por Internet 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.

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

- **Cumpla con los plazos.** 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 (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Paso 1: 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 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 (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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 tarde de la fecha prevista del alta.** (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”:

Evidencia de cobertura de 2019 para SeniorCare Advantage Select (HMO)

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

- 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 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**. Puede obtener una muestra de este aviso si llama al Servicio al Cliente (los números de teléfono están 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 aviso de muestra 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, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

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, es posible que deba 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 pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una 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:

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

- **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 hospitalaria como paciente internado 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. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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 (hasta 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 administrativo o un abogado mediador 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 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 ponerse en contacto 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 *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para ponerse en contacto 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 <i>A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina apelación acelerada.</i>

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

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto 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 seguía 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 seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a 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 *alternativas* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión 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**.

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 un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta 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 empresa 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 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 está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital 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 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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

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

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	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

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

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro 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.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con

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

respecto a cuándo finaliza su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

<p>Términos legales</p>	<p><i>Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida. Solicitar una apelación acelerada es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3 a continuación le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada).</i></p> <p><i>El aviso por escrito se denomina Aviso de la no cobertura de Medicare. Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Servicio al Cliente (los números de teléfono están 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html</i></p>
--------------------------------	--

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. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien 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 en 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.** 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 un reclamo. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación 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 la atención médica 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 comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

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

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto 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 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 informan sobre su apelación, 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 se denomina **Explicación detallada de no cobertura.**

Paso 3: en un 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 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 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 atención médica a domicilio, 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 se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención.**

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

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide 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 la atención médica a domicilio, de la atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (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 pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

Evidencia de cobertura de 2019 para SeniorCare Advantage Select (HMO)

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

- 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 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si 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 administrativo o un abogado mediador 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 *alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para ponerse en contacto 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 ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto 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 atención médica a domicilio, 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 seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos**

obligados a 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 *alternativas* 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 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**.

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 un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta 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 empresa 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 médicamente necesaria. 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 administrativo o un abogado mediador 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 apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 administrativo o el abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

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

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** 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.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué 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 de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA

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

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Servicio al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Reclamo	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 8 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>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 un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • 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 un reclamo. • 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 un reclamo.

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

- Términos legales**
- *En esta sección, una **queja** también se denomina **reclamo**.*
 - *Otro término para **presentar una queja** es **interponer un reclamo**.*
 - *Otra forma de decir **usar el proceso para quejas** 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 que necesite hacer, el Servicio al cliente se lo indicará. Llame al 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 711 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 reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo 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 llamamos “Procedimiento de reclamos de Scott and White Health Plan”. Todos los reclamos relacionados con la calidad de la atención recibirán una respuesta por escrito. Para que el plan de salud revise su reclamo, debe presentarlo antes de los sesenta (60) días después del evento o incidente sobre el que tiene una queja.
 - El plan de salud reconocerá, investigará y resolverá todos los reclamos con la celeridad que sea necesaria según su condición de salud, pero siempre antes de los treinta (30) días calendario después de la fecha en la que se reciba el reclamo. El plan de salud puede extender el plazo de 30 días hasta catorce (14) días más si solicita la extensión o si el plan de salud justifica la necesidad de la demora para obtener más información y documentos que lo beneficie a usted. Cuando el plan de salud extienda la fecha límite, le notificaremos por escrito de inmediato sobre la razón de la demora.
 - El plan de salud investigará el reclamo y le emitirá una carta de respuesta dentro de los treinta (30) días después de la fecha en la que se reciba el reclamo.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Servicio al Cliente inmediatamente.** El reclamo debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.
- **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 un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más

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

información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja o 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 el reclamo 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 presentar un reclamo 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 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 un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su reclamo 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 Advantage Select (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en

<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para 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.....	139
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan.....	139
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	139
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	139
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	140
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	140
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	141
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	141
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	141
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios cubiertos a través de nuestro plan	143
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	143
SECCIÓN 5	SeniorCare Advantage Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	143
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	143
Sección 5.2	Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud	144
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	144

SECCIÓN 1 Introducción

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

La cancelación de su membresía en SeniorCare Advantage Select (HMO)) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. 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. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

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

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

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

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y cambiarse a otro plan para obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o a la obtención de su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de SeniorCare Advantage Select (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - En general, cuando se muda
 - Si tiene Medicaid
 - Si rompemos nuestro contrato con usted
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

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

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

- Puede **llamar al Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)*.
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). Sin embargo, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare

Capítulo 8. Cancelación de su membresía en el plan

sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- O bien puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). • También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en SeniorCare Advantage Select (HMO) cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.

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

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

Si deja SeniorCare Advantage Select (HMO), 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 atención médica a través de nuestro plan.

- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización, por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 SeniorCare Advantage Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

SeniorCare Advantage Select (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio al cliente).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

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

- Puede llamar al **Servicio al cliente** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada 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 Advantage Select (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, 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 debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo 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..... 147

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 147

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador
 secundario de Medicare 147**

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 (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, 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), Scott and White Health Plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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

Área de servicio: es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no 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.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados de forma constante y todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios. 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 la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención de médica a domicilio brinda servicios que no necesitan 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 auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen 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.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de finalización 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 (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 ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto 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 con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que 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 del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

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

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

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

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 Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre 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. El Capítulo 7 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, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

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

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de SeniorCare Advantage Select (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del 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 hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

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

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

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas 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 ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento 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 o de un plan Medicare Advantage.

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

Monto máximo 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 dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Además del monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red, también tenemos un monto máximo que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios. Consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Organización para la mejora de la calidad (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 ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o 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 atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

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

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a 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. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a Original Medicare o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es del 1 de enero al 31 de marzo de 2019.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser

elegible para un Período de Inscripción Especial son si se muda del área de servicio, si se muda a un hogar de convalecencia o si rompemos 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 siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años.

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 (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 que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores 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 (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es 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 (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**. SeniorCare Advantage Select (HMO) no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Todos los que tengan la Parte A y la Parte 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 Medicare Advantage 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 (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 tenga el cuidado 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 a ciertos tipos de problemas *únicamente*. 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 “Queja” en esta lista de definiciones.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nosotros, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Red: los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica o proveedores que han acordado con nosotros brindar los servicios cubiertos a nuestros miembros y aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Servicio al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio al cliente, consulte el Capítulo 2.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

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 atención brindada para tratar 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.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – consulte “Ayuda adicional”.



Asistencia lingüística

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711).

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: 711).

Chinese:

注意: 如果使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-334-3141 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-334-3141 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-334-3141 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

Urdu:

1-866-334-3141 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (TTY: 711)۔

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: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-334-3141 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दे: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-334-3141 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

1-866-334-3141 تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711)

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-334-3141 (телетайп: 711).

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:711)まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-334-3141 (TTY: 711).



Aviso de no discriminación

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra de tamaño grande y formatos electrónicos accesibles).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el responsable de Cumplimiento de Scott and White Health Plan (SWHP) al 1-254-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si considera que Scott and White Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

SWHP Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o
<https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el responsable de cumplimiento de SWHP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Servicio al Cliente de SeniorCare Advantage Select (HMO)

Método	Servicio al cliente – Información de contacto
LLAME AL	1-866-334-3141 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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	711 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. El horario de atención es 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	advantage.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 recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas
LLAME AL	1-800-252-9240 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Department of Insurance 333 Guadalupe Austin, TX 78701
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración sobre divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.