

Del 1° de enero al 31° de diciembre del 2025

Evidencia de Cobertura:

Su cobertura de beneficios y servicios médicos del Programa Medicare como asegurado de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

 **PRESBYTERIAN**



1 de enero – 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare como un miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Este documento le da información sobre su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Servicio al cliente al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto los días feriados) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Este plan, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), lo ofrece Presbyterian Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).

Este documento está disponible gratis en español. El Servicio al cliente tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablen inglés.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Avisaremos sobre los cambios a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Úselo para entender:

- Su prima y costos compartidos del plan
- Sus beneficios médicos;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare

Y0055_MPC082466_SPAN_NM_C_09302024

Evidencia de cobertura para 2025**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)	9
SECCIÓN 5 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	10
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	11
CAPÍTULO 2: <i>Teléfonos y recursos importantes</i>	13
SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente).....	14
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	16
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	17
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	18
SECCIÓN 5 Seguro Social	19
SECCIÓN 6 Turquoise Care (Medicaid).....	20
SECCIÓN 7 Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	22
SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?.....	22
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	23
SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan	24
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	26
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	30
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente todo el costo de sus servicios?.....	33
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	34
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.....	36
SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero	37

Índice

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	39
SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos.....	40
SECCIÓN 2 Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	41
SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?	86
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos	93
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos	94
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió	95
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no	96
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades	98
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	99
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	106
CAPÍTULO 7: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	108
SECCIÓN 1 Introducción	109
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	109
SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?	110
SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones	111
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	114
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente ingresado más larga si usted piensa que le están dando de alta demasiado pronto	121
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto	126
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores	130
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicios para miembros u otras preocupaciones	132
CAPÍTULO 8: Cómo cancelar su membresía en el plan.....	136
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	137
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	137

Índice

SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	139
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía termine, deberá seguir obteniendo sus artículos médicos y servicios por medio de nuestro plan	140
SECCIÓN 5	Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	140
CAPÍTULO 9:	<i>Avisos legales</i>	142
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	143
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	143
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	143
CAPÍTULO 10:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	144

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), que es un plan HMO de Medicare**

Tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su atención médica de Medicare por medio de nuestro plan, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) es un Plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) no incluye cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.

La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le explica cómo obtener atención médica. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y a los servicios médicos que tendrá a su disposición como miembro de *Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)*.

Es importante que sepa cuáles son las normas y los servicios que están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para examinar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier aviso que usted reciba de nosotros acerca de cualquier cambio en su cobertura o en las condiciones que afecten a su cobertura. Esos avisos se llaman a veces *anexos* o *enmiendas*.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar cada año el Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO). Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- Usted tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- usted vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 de abajo describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran como viviendo en el área geográfica de servicio aun si están físicamente en ella.
- -- y -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nuevo México: Bernalillo, Cibola, Río Arriba, Sandoval, Santa Fe, Socorro, Torrance y Valencia.

Si tiene planificado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en el nuevo lugar.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

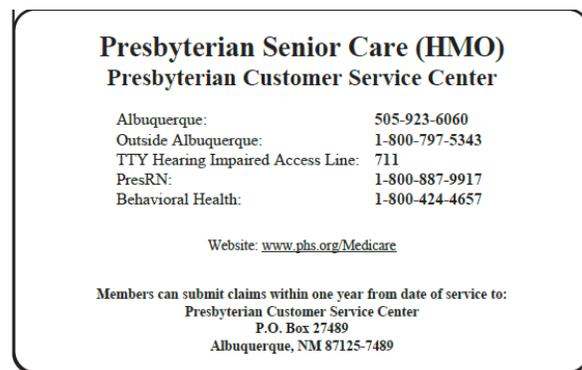
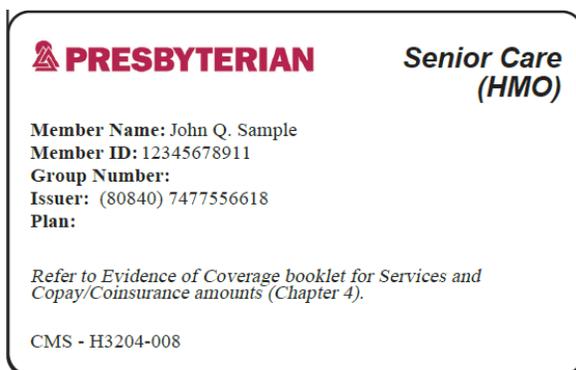
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan médico de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan. Además, debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un ejemplo de una tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), es posible que usted tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros y le enviaremos una nueva. También puede pedir una tarjeta de reemplazo, imprimir o enviar por email una copia de su tarjeta iniciando sesión en myPRES en www.phs.org/myPRES.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* está la lista actual de los proveedores dentro de la red y de los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores dentro de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si se va a otro lugar sin la autorización apropiada, tendrá que pagarlo todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores y de suplidores más reciente también puede encontrarse en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedírsela (en formato electrónico o impreso) a Servicio al cliente. Los pedidos de copias impresas del *Directorio de proveedores* se enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

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

Las primas de la Parte B de Medicare varían según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y usted 2025*, la sección llamada *Costos de Medicare 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan separada de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima de beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, entonces usted paga una prima adicional mensual por esos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información.

El Plan dental completo es complemento del Plan dental básico en el que usted estará inscrito automáticamente. Si quiere estos beneficios dentales complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional de \$25.90 al mes.

SECCIÓN 5 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, hospitales, y otros proveedores en la red del plan, necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y las cantidades de los gastos compartidos que le corresponden.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Avísenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil
- Si lo ingresaron en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable que designó (como un cuidador)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar al plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguna información cambia, comuníquenoslo llamando a Servicio al Cliente.

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

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recolectemos información suya acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar sus beneficios con cualquier otra cobertura que tenga según nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se incluye en la lista, llame a Servicio al Cliente. Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a las otras aseguradoras (después de que haya confirmado la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. Al seguro que paga primero se le llama el pagador primario y paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El que paga segundo, llamado el pagador secundario, solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no están cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico de grupo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, el que paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar aún está trabajando, su plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos hay un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, el plan médico de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro de responsabilidad civil sin culpa (incluyendo seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare, los planes médicos de grupo del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Teléfonos
y recursos importantes*

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)
 (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al servicio de atención al cliente de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO). Será un gusto ayudarlo.

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
LLAMAR	<p>(505) 923-6060 o 1-800-797-5343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Después de horas de trabajo, un servicio de mensajería de voz automatizado está disponible. Si deja un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó. Un representante de Servicios para miembros volverá a llamarle a más tardar un día hábil después de que deje su mensaje.</p> <p>Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	(505) 923-5124

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
ESCRIBIR	<p>Consultas generales e información de pago: Presbyterian Senior Care (HMO) P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489</p> <p>Apelaciones, quejas formales y quejas: Presbyterian Senior Care (HMO)</p> <p>Attn: Appeals and Grievances Department P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489</p> <p>Correo electrónico: gappeals@phs.org</p> <p>Indique su nombre y apellido, fecha de nacimiento, una dirección y números de teléfono de contacto y la información de su consulta. Los miembros de Presbyterian también deben incluir su número de identificación de miembro, si está disponible.</p> <p>Programa de cuidados paliativos y hospicio:</p> <p>Presbyterian Health Plan Care Coordination Department</p> <p>(505) 923-8858 o 1-866-672-1242</p> <p>(Los usuarios de TTY, deben llamar al 711).</p>
SITIO WEB	<p>www.phs.org/Medicare</p> <p>Puede hacer una consulta a Servicios para miembros mediante el enlace Contact Us (Contáctenos) en nuestro sitio web.</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación con sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información de cómo pedir las decisiones de cobertura sobre su atención médica, vea el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, e incluso un reclamo sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

A dónde enviarnos una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo para la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor; vea el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos*).

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

SECCIÓN 2 Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente con necesidad de diálisis o de trasplante de riñón).

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="500 317 753 348">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="500 365 1403 579">Este es el sitio web oficial de Medicare. Tiene información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, centros de atención residencial, médicos, agencias de atención médica en casa y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="500 596 1403 699">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="548 716 1403 1016" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="548 716 1403 785">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. <li data-bbox="548 802 1403 1016">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información individualizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes médicos de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo</i> de lo que pueden ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="500 1033 1386 1102">También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO):</p> <ul data-bbox="548 1119 1403 1333" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="548 1119 1403 1333">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="500 1350 1403 1598">Si no tiene una computadora, es posible que en la biblioteca local o en el centro para adultos mayores puedan ayudarlo a visitar este sitio web usando la computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados.

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

En Nuevo México, el SHIP se llama Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México (New Mexico Aging and Long-Term Services).

[Insert state-specific SHIP name] es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que obtiene dinero del gobierno federal para dar orientación gratuita sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Los consejeros de servicios de largo plazo para adultos mayores de Nuevo México pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas de su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de servicios de largo plazo para adultos mayores de Nuevo México también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiarse de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Elija su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Método	New Mexico Aging and Long-Term Services Información de contacto
LLAMAR	1-800-432-2080; las llamadas a este número son gratis.
TTY	(505) 476-4937; las llamadas a este número no son gratis. Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	https://aging.nm.gov/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Hay una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nuevo México, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan. Póngase en contacto con Acentra Health en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, atención del centro de enfermería especializada o del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) están terminando antes de tiempo.

Método	Información de contacto de Acentra Health (Organización para el mejoramiento de la calidad de Nuevo México)
LLAMAR	1-888-315-0636; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd.; Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqui.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos americanos y los residentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted 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. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

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

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Turquoise Care (Medicaid)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare y las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **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). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Obtendrá la cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las cantidades de las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de las Partes A y B. No pagará nada, excepto los copagos de medicamentos con receta médica de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Beneficiario específicos de Medicare de bajos ingresos - Plus (SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y da todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En algunos casos, también se puede ser elegible para asistencia limitada de la agencia estatal de Medicaid con el pago de las cantidades de costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes

del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Es posible que haya casos en los que debe pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Doblemente elegible para beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Medicaid puede dar asistencia limitada con el costo compartido de Medicare. Medicaid también da todos los beneficios de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. En algunos casos, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la Oficina Estatal de Medicaid en el pago de sus cantidades de costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Es posible que haya casos en los que tenga que pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México (New Mexico Health Care Authority).

Método	División de Asistencia Médica de la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México (Turquoise Care/Medicaid) - Información de contacto
LLAMAR	1-800-283-4465; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Health Care Authority Medical Assistance Division (Turquoise Care/Medicaid) PO Box 2348 Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.hca.nm.gov

Capítulo 2. Teléfonos y recursos importantes**SECCIÓN 7 Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les haga saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los teléfonos de servicio al cliente están impresos en la contracubierta de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare según este plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Qué debe saber sobre cómo obtener la atención médica como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta de la Parte B, y otra atención médica que tengan cobertura del plan.

Para obtener información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando la recibe, use el cuadro de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

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

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor dentro de la red, usted solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Como plan médico de Medicare, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP dentro de la red debe darle la aprobación por anticipado antes de que pueda usar otros proveedores de la red del plan como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Esto se llama darle una *remisión*. Para obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia ni los servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor dentro de la red** (para obtener más información sobre esto, vea la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubrirá los servicios de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios necesarios de emergencia o de urgencia, vea la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría normalmente dentro de la red. Antes de buscar dicha atención, debe obtener una autorización previa. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de red. Para obtener información sobre la aprobación para ir con un médico de fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga el plan por la diálisis no puede superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no está en la red del plan, su costo compartido no puede exceder del costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que no está en la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que dé y supervise su atención médica

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es su principal proveedor de atención médica en situaciones que no son de emergencia. Como miembro, puede elegir a cualquier proveedor de la red disponible para que sea su PCP. Como se explica abajo, usted recibirá su atención básica y de rutina de su PCP, y él o ella es la primera persona a la que debe llamar cuando necesite atención médica, excepto en una situación de emergencia o de atención urgente.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden ser un PCP?**

Su PCP es un médico, enfermero de práctica avanzada u otro profesional médico que cumple los requisitos estatales y tiene la formación necesaria para dar atención médica primaria.

- **¿Cuál es la función de su PCP?**

La función de su PCP es:

- Dar atención preventiva y enseñar opciones de estilo de vida saludable
- Identificar y tratar condiciones médicas frecuentes
- Evaluar la urgencia de sus problemas médicos y remitirlo al mejor lugar para recibir atención médica
- Ayudarlo a encontrar un especialista médico cuando lo necesite

Ya que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe encargarse de que le envíen todo su expediente médico anterior al consultorio de su PCP.

Ciertos servicios necesitan autorización previa (PA). Su PCP coordinará el acceso a los servicios que determine necesarios para usted. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que necesitan autorización previa o comuníquese con servicio al cliente.

- **¿Cómo elige a su PCP?**

- Se le pedirá que seleccione un PCP cuando se inscriba en nuestro plan. Puede seleccionar un PCP de cualquiera de nuestros profesionales o proveedores disponibles del plan. Si hay un especialista u hospital en particular que quiera usar, verifique primero para asegurarse de que su PCP coordina la atención con ese especialista u hospital.
- Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener su PCP cerca hace que el recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- En el Directorio de Proveedores de nuestro plan encontrará una lista completa de los profesionales y los proveedores de la red. Si necesita ayuda para elegir o cambiar a su PCP, comuníquese con servicio al cliente.
- Si no puede encontrar a su proveedor de atención médica actual en este directorio y quiere confirmar que está en nuestro plan, comuníquese con servicio al cliente.
- Si va a elegir un PCP nuevo y quiere saber si acepta nuevos pacientes, comuníquese con servicio al cliente.
- También puede enviar un correo electrónico a Servicios para miembros a info@phs.org. Nuestra lista de proveedores puede cambiar ocasionalmente y nuestros representantes le darán la información más actualizada que esté disponible. También puede visitar nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare (seleccione Proveedores, luego seleccione plan).
- Si elige un PCP que no ha visto antes, le recomendamos que haga lo siguiente:
- Llame al consultorio de su PCP lo antes posible y dígame al personal que es un nuevo miembro de nuestro plan.
- Pida una cita para ver a su PCP para que lo conozca y comience a atender sus necesidades médicas. No es necesario que espere hasta estar enfermo para hacer esta cita. Debe conocer a su nuevo PCP lo antes posible.
- Asegúrese de pedir a su médico anterior que le envíe su expediente médico a su nuevo PCP.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento, por cualquier motivo. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar otro PCP. Para cambiar su PCP comuníquese con servicio al cliente.

Puede hacer su solicitud por escrito, por teléfono, enviando un correo electrónico a info@phs.org o iniciando sesión en su cuenta de myPRES en www.phs.org/Medicare. Los cambios de PCP entran en vigor el siguiente día hábil después de su solicitud. Servicios para miembros lo comprobará para asegurarse de que su PCP seleccionado de la red esté aceptando nuevos pacientes.

Nos proponemos hacer que su transición a un nuevo PCP sea tan sencilla como sea posible, sin interrumpir su atención. Siempre que tenga una necesidad médica urgente o emergente, lo animamos a que busque atención en un centro de atención de urgencia o de emergencia apropiado.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de evaluación (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que sean con un proveedor dentro de la red.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Vacunas de la gripe, del COVID-19, de la hepatitis B y de la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios de urgencia con cobertura del plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata, pero no son emergencias, siempre que usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan, o sea irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato dados el tiempo, el donde usted está y sus circunstancias. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicios para miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.
- Para obtener atención después del horario comercial, llame al 911 si tiene una emergencia o, si necesita consejo médico, llame a PresRN al (505) 923-5573 o al 1-800-887-9917.

El servicio de atención al cliente está aquí para responder sus preguntas. Los miembros de Presbyterian Senior Care (HMO) pueden llamar al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del **1 de octubre al 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del **1 de abril al 30 de septiembre**.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica por una enfermedad o parte del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Además de darle gran parte de la atención que usted recibe, su PCP lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro de nuestro plan.

- Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) no requiere remisiones. Sin embargo, algunos proveedores pueden pedir una remisión.
- Los proveedores y los médicos dentro de la red deben ayudar a nuestros miembros a obtener una autorización previa.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Para algunos tipos de servicios y atención, su proveedor necesitará obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Los servicios que necesitan autorización previa se identifican con afirmaciones en negrita en el Cuadro de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Usted es responsable de asegurarse de que el proveedor haya obtenido la autorización previa del plan antes de que reciba la atención o los servicios que la requieren.
- Si necesita atención de transición/concurrente cuando elija el hospicio, su proveedor de hospicio elaborará y nos enviará un plan de atención con los servicios que necesita. Aunque no es una autorización previa, sin un plan de atención no podemos pagar por estos otros servicios. Consulte Cuidados de hospicio en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

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

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

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le demos acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Nosotros le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si usted ha ido con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado al proveedor, está recibiendo atención del proveedor actualmente o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red que pueda continuar atendéndolo.
- Si usted está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción que hay para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. Antes de buscar dicha atención, debe obtener una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para manejar su atención.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si cree que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a QIO, una queja formal de calidad de la atención al plan, o ambas. Vea el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si elige visitar a un médico fuera de nuestra red, debe pagar por estos servicios. Ni el plan ni Medicare Original pagarán por esos servicios, excepto en las situaciones listadas abajo.

La atención que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, excepto en las siguientes situaciones:

- La atención necesaria de urgencia o de emergencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para saber lo que significa atención necesaria de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 del Capítulo 3.
- Si nuestro plan autoriza el uso de un proveedor fuera de la red:
 - Si nuestro plan autoriza el uso de un proveedor fuera de la red que acepta la tarea de Medicare, el proveedor acordó aceptar su costo compartido y la cantidad pagada por Presbyterian como pago completo.
 - Cuando está fuera de nuestra área de servicio, si opta ver a un proveedor que no participa con Medicare, el proveedor puede cobrarle más por los servicios que reciba. Nuestro plan no está obligado a encontrarle un proveedor participante de Medicare. No pagaremos la cantidad adicional que le cobre el proveedor fuera de la red.
- Si necesita un tipo de servicio que no lo puede dar un proveedor dentro de la red, debe obtener una autorización previa antes de obtener el servicio.
- Su PCP o especialista dentro de la red u otro proveedor necesitará ponerse en contacto con nuestro plan para obtener una autorización previa.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera de nuestra área de servicio.

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

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, perder el bebé que no ha nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

Obtenga ayuda lo más pronto posible. Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia del estado apropiada, incluso si no son partes de nuestra red.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo si lo atienden fuera de los Estados Unidos.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia. Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general en las siguientes 48 horas. Póngase en contacto con Servicios para miembros al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de otra manera podría poner su salud en riesgo. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Dichos médicos decidirán cuando su condición ya sea estable y cuando la emergencia médica haya terminado.

Después de que la emergencia ya no existe, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para confirmar que su condición sigue siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. La atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de emergencia se la dan proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que proveedores dentro de la red se encarguen de su atención tan pronto como lo permitan su condición médica y las circunstancias.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría llegar por atención de emergencia (pensando que su salud está en grave peligro) y, después de todo, el médico puede decir que no era una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre que haya pensado de manera razonable que su salud estaba en grave peligro.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted visita a un proveedor dentro de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y usted sigue las normas para recibir esa atención de urgencia (para obtener más información al respecto, vea abajo la Sección 3.2).

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

¿Qué son los servicios necesarios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio necesario de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato, dados el tiempo, el lugar donde usted está y sus circunstancias. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.

Sabemos que en ocasiones resulta difícil saber qué tipo de atención necesita. Nuestros miembros del Presbyterian Health Plan tienen acceso a PresRN, una línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. No se cobra por llamar a nuestros enfermeros registrados (Registered Nurses, RN) con experiencia para obtener respuestas a sus preguntas y preocupaciones de salud. Siempre que tenga una emergencia médica, llame al 911.

PresRN es una forma sencilla de hablar con un enfermero de Presbyterian si no se siente bien y no sabe qué hacer. Tan solo llame al (505) 923-5573 o al 1-800-887-9917 y uno de nuestros enfermeros calificados escuchará sus preocupaciones médicas y le dará las respuestas que necesita para cuidar de usted y de su familia. Nuestros enfermeros de Presbyterian contestarán con gusto las preguntas médicas generales cuando también esté sano. Nuestros enfermeros evalúan sus síntomas usando directrices basadas en la evidencia. Ya sea que su situación requiera que vaya a la sala de emergencias o que se cuide a sí mismo en casa, sabrá qué hacer. Nuestros enfermeros lo guiarán a las opciones de atención más apropiadas, si es necesario, por ejemplo:

- Dar consejos de enfermería (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Ayudarlo a acceder a la atención virtual (puede haber copagos)
- Recomendar visitas de atención necesaria de urgencia o atención de emergencia (puede haber copagos de atención de urgencia)

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Como parte de su equipo de atención médica de Presbyterian, le informamos a su médico, coordinador de atención médica y entrenador médico sobre su preocupación médica para que reciba atención médica y seguimiento continuos. Pero, sobre todo, estamos aquí cuando necesita respuestas.

En caso de que ocurra una situación de urgencia, debe ir directamente al centro de atención de urgencia más cercano para ser tratado. Cubriremos el servicio en función de su beneficio. En caso de que ocurra una situación de urgencia, debe ir directamente al centro de atención de urgencia más cercano para ser tratado. Cubriremos el servicio en función de su beneficio. Debe ponerse en contacto con su PCP después de cualquier consulta de atención de urgencia.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: www.phs.org/Medicare para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar a un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de los proveedores fuera de la red con el costo compartido dentro de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente todo el costo de sus servicios?

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

Si ha pagado más que su parte de los costos compartidos del plan por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos su parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios según se mencionan en el Cuadro de beneficios médicos del plan en el Capítulo 4 de

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

este documento. Si recibe servicios que no tengan cobertura de nuestro plan o servicios fuera de la red, y que no tengan autorización, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que paga después de haber alcanzado el límite de beneficios no contarán para su máximo de gastos de bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (llamado también un *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento para cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio.

Cuando Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más al respecto y ver si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos y además entienda y acepte en su totalidad lo que involucra su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare Original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, debe presentarnos la documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de o su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le presten la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios por los que sea responsable nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Esto incluye ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención para dispositivos por uso en estudios (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos avisarnos con antelación cuando elija participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los suministros y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Hospedaje y comida por una estancia en el hospital que pagaría, Medicare aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio de la manera como lo haría si recibiera esos servicios de nuestro plan. Sin embargo, está obligado a presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Vea el Capítulo 5 para obtener más información para presentar las solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Supongamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero sería solo \$10 por el examen según los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y usted el copago de \$20 necesario según Medicare Original. Luego notificaría al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría la documentación al plan, como por ejemplo la factura de un proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es \$10, que es la misma cantidad que usted tendría que pagar según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe presentar la documentación al plan, como la factura de un proveedor.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo material o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el material o servicio aun si usted *no* estuviera en el estudio.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Los productos o servicios que se dan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga para que se hagan tomografías computarizadas (CT) mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo necesita una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que habitualmente proporcionen los patrocinadores de la investigación, sin cargo, a cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Quiere obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una condición que generalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra las creencias religiosas de un miembro, daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe firmar un documento legal que dice que usted conscientemente se opone a recibir tratamiento médico que **no es obligatorio**.

- Atención o tratamiento médico que **no es obligatorio** es cualquier tipo de atención o tratamiento médicos que es *voluntario* y que *no lo exige* la ley federal, estatal ni local.
- Tratamiento médico **obligatorio** es la atención o tratamiento médicos que recibe que *no* es voluntario o que *lo exige* la ley federal, estatal o local.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que presta la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esa institución que se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – Debe obtener aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan al centro o su estadía no estará cubierta.

Para obtener más información sobre las limitaciones de nuestro plan, los costos compartidos y los beneficios, consulte el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4, Hospitalización para conocer las limitaciones de la cobertura.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de que haya hecho un número determinado de pagos según nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como el equipo suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo por 13 meses. Sin embargo, como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1, usted generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME según Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información llame a Servicio al Cliente.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que haya hecho si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estaba en nuestro plan, para ser propietario del artículo deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original. Los pagos que se hayan hecho mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 pagos en nuestro plan antes de que pueda ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en el plan. Luego, regresó a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse otra vez en Medicare Original para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y contenido de oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados con el oxígeno para el suministro del oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si se retira del plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios por cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de hacer el copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de cinco años empieza de nuevo, aun si usted continúa con la misma compañía, y tendrá que pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de cinco años.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que usted paga)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de beneficios médicos que incluye los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, debe saber sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es una cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre los copagos).
- **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. (En el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 hay más información sobre su coseguro).

La mayoría de personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deberían nunca pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?
--

Como está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es \$4,250.

Los montos que paga por copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de desembolso directo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para la cantidad del máximo de gastos de bolsillo. Esos servicios están marcados con un signo de más (+) en la tabla de beneficios médicos. Si alcanza el máximo de gastos de bolsillo de \$4,250, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

Como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), una protección importante que tiene es que solo debe pagar la cantidad de costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona así:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor dentro de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o servicios necesarios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le *facturó por saldos*, llame a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan

La tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes menciona los servicios que cubre Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) y lo que usted paga de bolsillo por cada servicio. Los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Sus servicios cubiertos de Medicare se deben prestar según las directrices de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para las nuevas personas inscritas, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA podría no exigir autorización previa para cursos activos de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento es un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención médica de un proveedor dentro de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor el costo total de los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que le está dando y controlando su atención.
- Algunos de los servicios en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1 800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo según Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se le aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2025, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en el cuadro de beneficios.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Cuadro de beneficios médicos**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de evaluación una sola vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado, o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay que pagar coseguro, copago, o deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico, en que no tiene una causa sistémica identificable (p. ej., no está asociado con ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones, y • no está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o hay retroceso. Requisitos del proveedor: Los médicos, como está definido en la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden aplicar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros de práctica avanzada (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como están identificados en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden aplicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y 	<p>\$25 de copago por visita de acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>\$25 de copago por visita de acupuntura de rutina, hasta 25 visitas al año.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que aplica la acupuntura debe tener el nivel de supervisión apropiado de un médico, PA o NP/CNS necesario por nuestras reglamentaciones según el Título 42 del CFR, secciones 410.26 y 410.27.</p> <p>Acupuntura de rutina (no limitada al dolor crónico en la zona lumbar)</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, para situaciones de emergencia o de otro tipo, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda dar atención solamente si, por la condición médica del miembro, cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si el plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son por una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>\$350 de copago por viaje de ida</p> <p>No se exige autorización previa para el transporte al centro apropiado más cercano durante una emergencia.</p> <p>Es posible que sea responsable del 100% del costo total si los servicios no son médicamente necesarios o si rechaza el transporte.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en el período de 12 meses desde su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen médico de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre 35 y 39 años • Una mamografía de evaluación cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son generalmente más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca, hasta 36 visitas al año.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle del uso de aspirina (si es apropiado), revisar su presión y darle sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Chequeo de enfermedad cardiovascular</p> <p>Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de enfermedad cardiovascular que está cubierta una vez cada 5 años.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si está en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o están en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna para corregir una subluxación • Visitas de rutina (no limitadas a subluxación) 	<p>\$20 de copago por visita de atención quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por visita de atención quiropráctica de rutina, hasta 25 visitas al año.</p>
<p> Examen de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes sin alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente tuvo una colonoscopia de evaluación. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluyendo los enemas de bario por los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último examen de enema de bario o la última colonoscopia de cribado. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible que no tienen alto riesgo y son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último examen de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. <p>Si una prueba de detección de cáncer colorrectal basada en heces cubierta por Medicare da un resultado positivo, se hará una colonoscopia de detección de seguimiento.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes como preparación para el tratamiento de radiación por cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales antes del trasplante de riñón. Además, cubrimos:</p> <p>Servicios dentales básicos:</p> <p>Exámenes bucales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica, exámenes bucales amplios y reevaluación limitada enfocada en un problema: dos cada 12 meses. • Exámenes bucales limitados: tres cada 12 meses. • Examen bucal completo y evaluación periodontal completa: uno cada 36 meses por proveedor o lugar. • Tratamiento paliativo. 	<p>\$55 de copago por visita de atención dental cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios dentales básicos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Profilaxis (limpieza):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis, con aumento en presencia de inflamación gingival generalizada, moderada o grave, boca completa: dos cada 12 meses. • Procedimientos de mantenimiento periodontal (después de terapia activa): cuatro cada 12 meses. <p>Tratamiento con flúor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de barniz de flúor, flúor tópico: dos cada 12 meses. <p>Radiografías odontológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aleta de mordida (una, dos, tres, cuatro imágenes) – una cada 12 meses. • Serie intraoral completa, radiografía de aleta de mordida vertical (7-8 imágenes) imagen radiográfica panorámica – una cada 36 meses. • Imagen periapical intraoral • Imagen radiográfica intrabucal oclusal: dos cada 24 meses. • Imagen radiográfica de tomosíntesis periapical intraoral – 1 cada 12 meses. <p>Para obtener más información sobre los beneficios del Plan dental completo, consulte la Sección 2.2. (Otros beneficios “suplementarios opcionales” que puede comprar).</p> <p>Los meses son consecutivos y no por año calendario.</p>	
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos un examen médico de depresión al año. El examen médico se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de evaluación de la depresión.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión alta (hipertensión), historia de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple otros requisitos como tener sobrepeso y tener historia familiar de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos exámenes médicos de diabetes cada 12 meses, después de la fecha de su último examen médico de diabetes.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Servicios y suministros y capacitación del autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que usan insulina como los que no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiras de prueba, lancetas y medidores de glucosa en la sangre limitados a productos de la marca Accu-Check ○ Monitores continuos de glucosa (CGM)* limitados a productos de la marca Freestyle Libre • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluyendo los accesorios que se dan con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el manejo de su propia diabetes está cubierta en ciertas condiciones. 	<p>\$0 de copago por capacitación para el manejo personal de la diabetes, y servicios y suministros para diabéticos.</p> <p>20% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos.</p> <p>Las tiras de prueba y lancetas estándar tienen un límite de 300 para 90 días, para miembros que no sean insulino dependientes; y 600 para 90 días, para miembros que sean insulino dependientes.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Servicios y suministros y capacitación del autocontrol de la diabetes (continuación)</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM)* y los suministros están cubiertos como equipo médico duradero (DME). Consulte la sección de DME de la tabla de beneficios médicos para obtener información sobre el costo compartido de estos productos.</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Encuentre la definición de Equipo médico duradero en el Capítulo 10 de este documento y en el Capítulo 3, Sección 7.) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, camas de hospital que ordene un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.</p> <p>Generalmente, el Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare original de las marcas y los fabricantes que se incluyen en la lista. No cubrimos otras marcas o fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca hasta por 90 días. Durante este tiempo, deberá hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después del período de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, le puede pedir que lo remita para una segunda opinión.)</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por DME y prótesis.</p> <p>\$0 de copago por suministros de ostomía.</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20% cada mes.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito por 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) había pagado 36 meses de alquiler por cobertura de equipo de oxígeno, sus costos compartidos en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) serán del 20% cada mes.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación)</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. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es el adecuado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, vea el Capítulo 7 <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presta un proveedor calificado para prestar servicios de emergencias, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, perder el bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencias necesarios prestados fuera de la red es el mismo para esos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Nuestro plan también le da cobertura de emergencia en todo el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si lo admiten en un hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar su copago de atención de emergencia. • El transporte aéreo y terrestre de emergencia está cubierto hasta el centro apropiado más cercano. <p>Es posible que tenga que presentar un reclamo de reembolso si el proveedor no acepta facturarnos (consulte la Sección 2 del Capítulo 5).</p>	<p>\$125 de copago por visita de atención de emergencia.</p> <p>Este copago no se cobra si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma condición.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes ingresados después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, deberá volver a un hospital dentro de la red para que su atención siga teniendo cobertura. <i>O</i> deberá recibir atención para pacientes ingresados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Fitness</p> <p>Membresía de SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir más saludable, a tener una vida más activa por medio de la condición física y las relaciones sociales. Usted tiene cubierto un beneficio de fitness por medio de SilverSneakers en línea y en los centros participantes¹. Tiene acceso a la red nacional de centros participantes donde puede tomar clases² y usar el equipo para ejercicio y otros servicios. Inscríbase en todos los centros que quiera, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dan clases grupales de ejercicio especialmente diseñadas en persona y en línea, los siete días de la semana.</p> <p>Además, SilverSneakers Community le da opciones para que haga actividades fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares del barrio. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea mediante</p> <p>clases de SilverSneakers LIVE, videos a demanda de SilverSneakers y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Su membresía de SilverSneakers también le da GetSetUp³, con cientos de clases en línea interactivas para despertarle interés en temas como cocina y nutrición, tecnología y juegos para el cerebro. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las características del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene más preguntas, vaya a SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET.</p> <p>Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los centros participantes (“PL”) no son propiedad ni son administrados por Tivity Health, Inc. ni por sus afiliados. El uso de las instalaciones y servicios de los centros participantes se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Los centros y los servicios varían según el PL. 	Sin cargo

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Fitness (continuación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La membresía incluye clases de condición física en grupo dirigidas por un instructor SilverSneakers. Algunos centros ofrecen a los miembros otras clases. Las clases varían según el centro. 3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo, y no es operado por Tivity Health, Inc. (“Tivity”) ni sus afiliadas, que tampoco son sus propietarias. Los usuarios deben tener servicio de internet para acceder al servicio de GetSetUp. Las tarifas del servicio de internet son responsabilidad del usuario. Es posible que se cobren tarifas para acceder a determinadas clases o funciones de GetSetUp. <p>SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p> Programas de educación para la salud y bienestar</p> <p>Cubrimos diversos programas de asesoramiento sobre educación médica que lo ayudarán a tener un papel activo para proteger y mejorar su salud, incluyendo los programas para condiciones médicas crónicas. Estos son programas orientados a condiciones médicas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) • Insuficiencia cardíaca congestiva • Enfermedad arterial coronaria • Diabetes • Hipertensión • Nutrición • Obesidad • Manejo del estrés • Dejar de fumar <p>Para obtener más información sobre nuestra orientación para la formación de la salud, clases, programas y material, comuníquese con Servicio al Cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 (TTY 711).</p>	<p>No hay coseguros, copagos, ni deducibles por programas de educación médica y para el bienestar.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las hace un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Examen de la audición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de audición de rutina cada año <p>Audífonos:+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos (2) audífonos (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Standard, Advanced y Premium de la marca TruHearing, disponibles en varios estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para aprovechar este beneficio. Llame al 1-866-202-0110 para programar una cita (para TTY, marque 711). <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento con el proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida por 3 años • 80 baterías por audífono (para modelos no recargables) <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no sean Standard, Advanced o Premium de la marca TruHearing • Costos asociados con reclamos por garantía por pérdida o daño <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no tienen cobertura del plan.</p> <p>Los costos de audífonos no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$0 de copago por servicio de audición cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un (1) examen de rutina de la audición, limitado a uno por año.</p> <p>\$499 de copago por audífono de TruHearing Standard.</p> <p>\$699 de copago por audífono de TruHearing Advanced.</p> <p>\$999 de copago por audífono de TruHearing Premium.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba de detección del VIH o que tienen más riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita los servicios de salud en el hogar y ordenar los servicios de salud en el hogar proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar, de medio tiempo o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar combinados deben sumar un total menor que 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos <p>Presbyterian Home Health presta los servicios de atención médica en casa. Si se prefiere otra agencia, debe ser parte de la red de Presbyterian y los servicios requerirán autorización previa por medio de Presbyterian Health Plan.</p> <p>Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de compañía • Asistente de atención personal • Servicios de atención personal (Personal care services, PCS) 	<p>\$0 de copago por visita de atención en la agencia de atención médica en casa.</p> <p>No hay costos compartidos por equipos y suministros médicos cubiertos por el beneficio médico a domicilio de acuerdo con las directrices de Medicare.</p> <p>No obstante, el costo compartido aplicable listado en otra parte de este Cuadro de beneficios médicos se aplicará si el artículo está cubierto por un beneficio diferente, por ejemplo, equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>Usted debe pagar el 100% de los costos por servicios que no tengan cobertura.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de atención médica en casa* (continuación)</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asistente de atención médica en casa no puede prestar servicios por su cuenta. Es necesario que un enfermero esté presente. • El enfermero y el ayudante se consideran intermitentes. Esto significa que están ahí para dar los servicios necesarios (como cuando el asistente médico a domicilio ayuda con el baño) y no se quedan para ayudar con el cuidado supervisado. • Enfermería especializada significa que usted necesita un enfermero para cosas como el cuidado de heridas, el cuidado de catéteres, los cambios de medicamentos, etc. 	
<p>Terapia de infusión en casa*</p> <p>La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera según el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa prestados un proveedor calificado de terapia de infusión en casa 	<p>\$0 de copago por visita de terapia de infusión en casa.</p> <p>Los costos compartidos aplicables también pueden aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B recibidos durante una visita de terapia de infusión en casa.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal certificando que usted tiene una enfermedad terminal y seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Debe recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo los que la organización MA tiene, controla o en los que tiene un interés económico. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención en casa <p>Cuando usted ingresa a un hospicio, tiene el derecho de continuar en su plan; si elige continuar en el plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Por servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si necesita los servicios que no sean de urgencia ni de emergencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y sigue las normas del plan para recibir el servicio, usted solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original y no Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según “Pago por servicio” de Medicare (Medicare Original) <p><u>Para los servicios cubiertos por Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), pero sin cobertura por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que estén sin cobertura por la Parte A o B, estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p>Programa de prevención de reingreso en el hospicio</p> <p>Un programa para después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada (SNF), para ayudar a prevenir el reingreso.</p> <p>A menos que se especifique lo contrario, los beneficios serán prestados durante los 30 días después del alta e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de seguridad en la casa • Dispositivos de seguridad para la casa y el baño • Conciliación de medicamentos • Conciliación de medicamentos para la casa después del alta • Transporte (primeros 30 días después del alta para las visitas clínicas de seguimiento) 	Sin cargo

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna de la neumonía • Vacunas de la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales de la gripe, si es médicamente necesario. • Vacunas de la hepatitis B, si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple las normas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, gripe, hepatitis B y COVID-19.</p>
<p>Atención en un hospital para pacientes ingresados*</p> <p>Incluye servicios para condiciones de casos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención en el hospital de largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital de paciente hospitalizado empieza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes del alta es su último día de paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios normales de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ingresados 	<p>\$350 de copago al día para los días 1-5 de ingreso.</p> <p>\$0 de copago al día por el resto de su estancia cubierta en el hospital y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p> <p>Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital o en un centro de enfermería especializada y no le dan el alta hasta algún momento del año siguiente, sus costos compartidos se basarán en el año en que haya ingresado.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un hospital para pacientes ingresados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted deberá pagar el costo de las primeras tres pintas que reciba en un año calendario o la sangre deberán donarla usted u otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos empezando con la primera pinta que se haya usado.• Servicios prestados por un médico• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso lo examine un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red son fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir obtenerlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) da servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo en el hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente <i>ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un hospital para pacientes ingresados* (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, llame a Servicios para miembros.</p>	<p>\$350 de copago al día para los días 1-5 de ingreso.</p> <p>\$0 de copago al día por el resto de su estancia cubierta en el hospital y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p> <p>Si recibe atención autorizada de paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su condición de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estancia de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que se reciban en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia no cubierta de paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia de paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un médico • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluyendo todo el material y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan todo o una parte de un órgano corporal interno (incluyendo el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional 	<p>Usted es responsable del 100% de los costos totales.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Este programa está diseñado únicamente para que se mantenga sano y fuerte mientras se recupera después de la transición de paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Un médico o una persona que no sea médico debe coordinar las comidas como parte de la planificación de su alta.</p> <p>Nuestro plan informará a Meals on Wheels y ellos se comunicarán con usted para programar la entrega de comidas.</p>	<p>Pagará \$0 de copago por cada comida, hasta 30 comidas por 30 días después de una estancia como paciente ingresado o en un SNF.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de orientación individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si cambia su condición, su tratamiento o su diagnóstico, es posible que reciba más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesita tratamiento el próximo año calendario.</p> <p>Sesiones adicionales de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT):</p> <p>No hay límites en el número de sesiones de terapia de nutrición médica (MNT) por parte de un dietista registrado u otro profesional de la nutrición.</p> <p>Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pérdida de peso, que incluye, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Suplementos alimenticios ○ Programas de pérdida de peso y de ejercicio ○ Medicamentos ○ Grupos de autoayuda 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p> <p>Usted debe pagar el 100% de los costos por servicios que no tengan cobertura.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare según todos los planes médicos de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que ofrece capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que el paciente generalmente no se autoadministra y que se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital o de centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que el plan autorizó. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico, lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite escaneos y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podrían sumarse a sus costos totales. Hable con su médico de los escaneos y las pruebas que pueda necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia 	<p>Usted paga \$15 de copago para un suministro para 30 días como máximo por los medicamentos con receta médica de la Parte B cuando los compra en una farmacia.</p> <p>Usted paga un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B que administre un proveedor. Determinados medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo.</p> <p>Si se los administra mediante el consultorio de un proveedor, es necesario que algunos medicamentos se obtengan mediante el proveedor asignado de la red de especialidades y se entreguen en el consultorio de su proveedor.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*
(continuación)**

- Medicamentos por trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos por trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Deberá tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y deberá tener la Parte B en el momento en que obtenga los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre
- Medicamentos inyectables para osteoporosis si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento
- Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y si una persona debidamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión adecuada
- Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos por vía oral contra el cáncer que se toman por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un promedicamento (forma oral de un medicamento que, cuando se consume, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) de un medicamento inyectable. A medida que haya disponibles nuevos medicamentos por vía oral contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre
- Medicamentos por vía oral contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos por vía oral contra las náuseas que tome como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer, si se administran antes, durante o en un plazo de 48 horas de la quimioterapia o si se usan como reemplazo terapéutico total de un medicamento intravenoso contra las náuseas
- Ciertos medicamentos por vía oral para la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre

En el caso de la insulina administrada mediante DME (p. ej., bombas de insulina), los costos compartidos están sujetos a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento por vía oral Sensipar[®] • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina si es médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina mediante inyección si usted tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], epoetin alfa, Aranesp[®], darbepoetin alfa, Mircera[®] o methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) • Los medicamentos o las categorías de medicamentos que podrían estar sujetos a terapia escalonada incluyen: Prolia, Xgeva (denosumab), Viscosupplementation, Botox (onabotulinumtoxinA), Avastatin (bevacizumab), Rituxan (rituximab), Intravenous Immune Globulin (IVIG), Filgrastim/ Pegfilgrastim, Remicade (infliximab) Esta lista está sujeta a cambio. Visite el enlace para ver la versión más actualizada de nuestra lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00956495 <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Línea directa de enfermería – PresRN</p> <p>Tiene acceso a PresRN, una línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluyendo feriados.</p> <p>Llame a nuestros enfermeros registrados (RN) con amplia experiencia, para obtener respuesta a sus preguntas y preocupaciones de salud, al (505) 923-5573 o al 1-800-887-9917.</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 3.2.</p>	Sin cargo
<p> Pruebas y terapia de obesidad para promover la pérdida de peso prolongada</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible por evaluación de obesidad y terapia preventiva.
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación por trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas 	\$0 de copago por visita del programa de tratamiento a base de opioides cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios de diagnóstico cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se usan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos empezando con la primera pinta que se haya usado. • Evaluación y pruebas de alergia, inyecciones y pruebas y materiales de tratamiento administrados durante una visita cubierta • Mamografías de diagnóstico • Derivación de estudios de eco de tensión a tensión nuclear • Electrocardiograma • Electroencefalograma • Cardiología nuclear • Estudios del sueño • Radiografías y ultrasonidos • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <ul style="list-style-type: none"> ○ Tomografía computarizada (Computed Tomography, CT) ○ Angiografía de resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiogram, MRA) ○ Imágenes de resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) ○ Tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) • Medición de masa ósea <p>Para obtener información de densitometría ósea, consulte los servicios de “medidas de masa ósea” en esta tabla.</p>	<p>\$0 de copago por cada procedimiento, prueba y análisis de laboratorio de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$25 por radiografías y ultrasonidos.</p> <p>20% de coseguro en servicios de radiología terapéutica.</p> <p>\$325 de copago por prueba diagnóstica ambulatoria (p. ej., CT, MRA, MRI y PET)</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación de pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios de hospital que se prestan para determinar si es necesario ingresarlo como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$225 de copago por estancia de observación en un hospital como paciente ambulatorio.</p>
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital 	<p>Dentro de la red y fuera de la red:</p> <p>\$125 de copago por visita en el departamento de emergencias.</p> <p>\$225 de copago por estancia de observación como paciente ambulatorio.</p> <p>\$350 de copago por operación ambulatoria hecha en un</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin eso • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted mismo no se puede dar <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>entorno ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC).</p> <p>\$0 de copago por cada prueba y análisis de laboratorio de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia individual o grupal.</p> <p>\$55 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico.</p> <p>\$25 de copago por radiografías y servicios de radiología.</p> <p>Sin cargo por suministros médicos.</p>
<p>Atención de salud mental de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales pertinentes.</p> <p><i>[Mencionar también cualquier beneficio adicional ofrecido].</i></p>	<p>Sin cargo por las visitas de salud mental ambulatorias individuales o grupales.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se dan en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes, y Clínicas de rehabilitación exhaustiva de paciente ambulatorio (CORF).</p>	<p>\$25 de copago por visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios por trastornos por consumo de sustancias prestados por un psiquiatra o un médico autorizados por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero de práctica avanzada, un asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Damos tratamiento y servicios de orientación para diagnosticar y tratar el trastorno por consumo de sustancias, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de terapia grupal • Consultas de terapia individual <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	<p>Sin cargo por servicios por trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Operaciones ambulatorias, incluyendo servicios prestados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria*</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como <i>paciente ambulatorio</i>.</p>	<p>\$350 de copago por operación ambulatoria en un entorno de atención ambulatoria en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria (ASC).</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio ambulatorio en el hospital o por medio de un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o del consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización como paciente ingresado.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro médico calificado a nivel federal o una clínica médica rural, que es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o del consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que una hospitalización parcial.</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	<p>\$55 de copago por hospitalización parcial para tratamiento psiquiátrico.</p>
<p>Servicios de médico/proveedor de atención, incluyendo las visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor dentro de la red antes de la operación 	<p>Usted paga \$0 por visitas en el consultorio del PCP, análisis genéticos y consultas del PCP u otros profesionales de atención médica, visitas de telesalud, sesiones individuales o grupales para salud mental, atención psiquiátrica o servicios ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los presta un médico) 	<p>Usted paga \$55 de copago por visitas con especialistas.</p> <p>Usted paga \$350 de copago por operación ambulatoria.</p>
<p>Pruebas genéticas y asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento genético por parte de un profesional con licencia apropiada (en apoyo de pruebas genéticas anticipadas o para discutir los resultados de las pruebas genéticas) • Las pruebas genéticas están cubiertas conforme a lo determinado por la legislación reguladora y los criterios de necesidad médica basados en directrices clínicas y organizaciones profesionales revisados por pares • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PCP/otros servicios de profesionales de atención médica, servicios de especialistas ▪ Servicios necesarios de urgencia ▪ Sesiones individuales y de grupo para servicios especializados de salud mental, psiquiátricos y de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios ▪ Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento de un médico o proveedor de atención médica para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare 	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <p>Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor dentro de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</p> <p>Los gastos compartidos para otras categorías de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios prestados en persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud por visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para los miembros con diálisis en casa, en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde se encuentre • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde estén • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona en el plazo de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras esté recibiendo esos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas médicas rurales y centros médicos calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico por 5 a 10 minutos, si: 	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/proveedor de atención médica, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La consulta no lleva a una visita en el consultorio en el plazo de 24 horas ni en la fecha más próxima disponible para cita ● Evaluación de video o imágenes que le envíe a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una visita en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una visita en la clínica en el plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita <p>Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	Sin cargo
<p> Pruebas de diagnóstico de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen rectal digital ● Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros pruebas, ajuste o capacitación sobre el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; y también: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía; marcapasos; ortesis; zapatos ortopédicos; extremidades artificiales; y prótesis mamarias (incluyendo un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos y su reparación o reemplazo. También incluye algo de cobertura después de la extracción u operación de cataratas; consulte Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>20% de coseguro por prótesis y aparatos ortopédicos.</p> <p>0% de coseguro por suministros como artículos de ostomía, vendajes quirúrgicos, férulas y yesos que el miembro no pueda volver a usar.</p> <p>20% de coseguro por todos los otros suministros médicos protésicos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Sin cargo por sesión, hasta 36 sesiones al año.</p> <p>36 sesiones adicionales según la necesidad médica.</p>
<p> Exámenes físicos de rutina</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es atención preventiva médicamente apropiada de acuerdo con las normas profesionales de práctica normalmente aceptadas.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por un examen físico de rutina. Límite de uno (1) por año.</p>
<p> Evaluación y orientación para disminuir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o proveedor de atención médica profesional en un entorno de atención primaria.</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el examen médico cubierto por Medicare y orientación por el beneficio preventivo para disminuir el abuso de alcohol.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años sin señales ni síntomas de cáncer de pulmón, que tengan historia de haber fumado tabaco por al menos 20 años y que actualmente fumen o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden de un médico o un profesional no médico calificado para un LDCT durante una visita de orientación sobre el examen médico de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla los criterios de Medicare sobre de dichas visitas.</p> <p><i>En el caso de los exámenes médicos mediante LDCT para cáncer de pulmón después del examen médico inicial mediante LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para un examen médico mediante LDCT para cáncer de pulmón, que se puede dar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un proveedor no médico calificado deciden dar una visita de orientación sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas ni para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>
<p> Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos pruebas de detección de las enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas con más riesgo de STI cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones de 20 a 30 minutos de orientación conductual de alta intensidad, en persona, cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba médica cubierta por Medicare para las STI y orientación por el beneficio preventivo de STI.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades de los riñones*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis de pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando los remite su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de por vida. • Capacitación para diálisis por usted mismo (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (como visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua cuando sea necesario) • Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección, Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. 	<p>20% de coseguro por servicios de diálisis.</p> <p>\$350 de copago al día para los días 1-5 de ingreso. \$0 de copago al día por el resto de su estancia cubierta en el hospital y no hay límite en la cantidad de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p> <p>\$0 de copago por educación sobre enfermedades de los riñones, capacitación para hacerse diálisis uno mismo, equipo y suministros para diálisis en casa y ciertos servicios de apoyo en casa.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>(Para obtener una definición de atención en centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF).</p>	<p>\$0 de copago al día para los días 1-20; \$185 al día para los días 21-100 por período de beneficios de Medicare original.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comida, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite; usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos empezando con la primera pinta que se haya usado. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente dan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente dan los SNF • Servicios de un médico/proveedor de atención primaria <p>Generalmente, recibirá la atención de SNF de clínicas de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones mencionadas abajo, es posible que usted pague el costo compartido dentro de la red por la atención de un centro que no sea proveedor dentro de la red si este acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p>	<p>Usted está cubierto hasta por 100 días en un SNF. Usted es responsable del 100% de los costos totales desde el día 101 en adelante por período de beneficios de Medicare original.</p> <p>Un período de beneficios de Medicare original comienza el día que ingrese en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días seguidos.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de atención residencial o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. 	
<p> Fumar y dejar de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si utiliza tabaco, pero no tiene señales ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y lo diagnosticaron con una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos orientación por dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>Nuestro plan ofrece una herramienta digital para dejar la nicotina, para ayudarlo a superar los retos de la adicción a la nicotina.</p> <p>Puede visitar https://neuroflow.app.link/PHP123 para registrarse y tener acceso a la herramienta digital. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información.</p> <p>Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar:</p> <p>No hay límites en el número de sesiones de asesoramiento en persona o por teléfono.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Están cubiertas hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar compuesto por sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio por PAD en pacientes con claudicación. <p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacerse en un centro hospitalario ambulatorio o en el consultorio del médico. • Hacerlo personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicios por PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/ especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto después de las 36 sesiones en 12 semanas por 36 sesiones más en un período de tiempo extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Servicios necesarios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio necesario de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o, incluso si está dentro del área de servicio del plan, y es irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato, dados el tiempo, el lugar donde usted está y sus circunstancias.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por visita</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$55 de copago por visita</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia (continuación)</p> <p>Su plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.</p> <p>Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté temporalmente disponible o esté inaccesible debido a circunstancias inusuales y extraordinarias (por ejemplo, un desastre grave).</p> <p>Fuera de nuestra área de servicio: Dispone de cobertura mundial de atención de urgencia cuando viaja si necesita atención médica de inmediato por una enfermedad o una lesión imprevista y cree razonablemente que su salud se deterioraría gravemente si se demorara el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 3 para obtener más información.</p> <p>Nuestro plan también le da cobertura de urgencia en todo el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si lo admiten en un hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar su copago de atención de emergencia.• El transporte aéreo y terrestre de emergencia está cubierto hasta el centro apropiado más cercano. <p>Es posible que tenga que presentar un reclamo de reembolso si el proveedor no acepta facturarnos (consulte la Sección 2 del Capítulo 5).</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios prestados por un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de un lente intraocular (si tiene dos operaciones separadas de cataratas, no podrá reservarse el beneficio después de la primera operación y comprar dos anteojos después de la segunda operación). <p>Atención de rutina de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de rutina de la vista por año calendario • Asignación de \$250 cada año para anteojos graduados, para monturas, lentes, lentes de contacto y ajustes de lentes de contacto cuando los proporcione un proveedor dentro de la red. 	<p>\$0 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la retina para diabéticos y examen médico de glaucoma cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por anteojos cubiertos por Medicare para después de la operación de cataratas.</p> <p>\$0 de copago por un (1) examen de rutina de la vista por año calendario.</p> <p>\$0 de copago por anteojos graduados. Usted deberá pagar el 100% los costos totales que superen la asignación de \$250.</p>
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, y educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesite (incluyendo ciertos exámenes médicos y vacunas) y remisiones para otra atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solamente en los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que usted puede comprar**

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios extra se llaman **Beneficios complementarios opcionales**. Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse para recibirlos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Plan dental completo</p> <p>No hay deducibles ni período de espera.</p> <p>El beneficio máximo del año calendario es de \$4,000 para servicios cubiertos prestados solo dentro de la red. Usted es responsable de cualquier servicio que preste un proveedor fuera de la red.</p> <p>Servicios de restauración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes con amalgama y resina, infiltración de resina en lesiones incipientes en superficies lisas - uno por superficie dental cada 24 meses • Incrustaciones (inlay/onlay) - uno por diente cada 60 meses. • Restauraciones protectoras - uno por diente en toda la vida. • Recementación o readhesión de incrustaciones (inlay/onlay), restauración parcial, corona - uno por diente cada 24 meses. <p>Servicios de extracción:</p> <p>Extracciones y coronectomía - uno por diente en toda la vida.</p> <p>Prostodoncia, otras operaciones orales/maxilofaciales, otros servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste de dentadura: dos ajustes por arco/12 meses. • Reparación de dentadura postiza - uno por arco cada 12 meses. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga 0-50% de coseguro según los servicios recibidos. Llame al número en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro de Presbyterian para obtener más información.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Plan dental completo (continuación)**

- Reparación de la base o del marco o reemplazo de diente o retenedor faltante o roto, agregado de diente y retenedor en la dentadura postiza - uno por diente cada 12 meses.
- Renovación de la base y reajuste de dentadura postiza - uno cada 36 meses.
- Acondicionamiento del tejido - uno cada 60 meses después de la nueva dentadura.
- Recementación, reparaciones de dentaduras postizas parciales - uno cada 24 meses.

Servicios de restauración

- Coronas, muñones, retención con espiga (por diente), pernos y muñones, cada perno adicional - uno por diente cada 60 meses.
- Reparación de corona, necesaria por falla del material de restauración - uno cada 24 meses.

Servicios de endodoncia:

- Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente - uno por diente en toda la vida.
- Tratamientos de conductos y retratamiento de un tratamiento de conductos anterior - uno por diente en toda la vida.
- Apicectomía/operación perirradicular - una por diente en toda la vida.
- Empaste retrógrado - uno por diente en toda la vida.

Servicios de periodoncia

- Gingivectomía-gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea - uno por cuadrante cada 36 meses.
- Alargamiento clínico de corona - uno por diente en toda la vida.
- Raspado periodontal y alisado radicular - uno por cuadrante cada 36 meses.
- Desbridamiento de toda la boca - uno cada 36 meses.

Prostodoncia, otras operaciones orales/maxilofaciales, otros servicios:

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Plan dental completo (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre de fistula oroantral, cierre primario de una perforación de senos nasales - dos por arco en toda la vida. Alveoplastia - uno por cuadrante en toda la vida. • Vestibuloplastia - uno por arco en toda la vida. • Extracción de exostosis lateral (superior o inferior) - dos por arco en toda la vida. • Remoción de Torus Palatinus: uno de por vida. • Reducción de tuberosidad ósea, extracción de rodete mandibular - dos en toda la vida. • Frenectomía, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplásico - uno por arco en toda la vida. • Escisión encía pericoronar - uno por diente en toda la vida. • Dentadura postiza extraíble - completa, parcial, inmediata, sobredentadura - uno cada 60 meses. • Dentadura postiza parcial fija - pónicos y retenedores, coronas de retención - uno cada 60 meses. • Visitas con un profesional - en casa, en un centro de atención de largo plazo, en un hospital o un centro de cirugía ambulatoria - una por fecha de servicio, 6 al año • Consulta - una por proveedor por año • Aplicación de medicamento para quitar la sensibilidad - dos cada 12 meses. • Análisis oclusal con montaje en articulador, ajuste completo - uno cada 60 meses. • Ajuste oclusal limitado - uno cada 12 meses. <p>Los meses son consecutivos y no por año calendario.</p>	

SECCIÓN 3 ¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

En el cuadro abajo se muestran los servicios y los materiales que no están cubiertos por ninguna condición o que están cubiertos solo en condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3, en este documento).

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de una parte malformada del cuerpo. • Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción del seno después de la mastectomía y también del seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de compañía</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudarlo con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	No están cubiertos en ningún caso	
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos</p> <p>Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original los puede cubrir en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Vea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos por atención hechos por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	No están cubiertos en ningún caso	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	No están cubiertos en ningún caso	
Comidas entregadas en casa		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto después del alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada (SNF).
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica en casa, incluyendo limpieza básica de casa y la preparación de comida ligera.	No están cubiertos en ningún caso	
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternos)	No están cubiertos en ningún caso	
Atención dental que no es de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental que no es de rutina que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No están cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.	No están cubiertos en ningún caso	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente		<ul style="list-style-type: none"> • El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de la operación de cataratas.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> Cierta cobertura limitada que se proporciona de acuerdo con las directrices de Medicare, (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, aparatos auditivos o exámenes para adaptar los aparatos auditivos.		<ul style="list-style-type: none"> Un (1) examen de rutina de la audición y audífonos de TruHearing.
Los servicios que se considere que no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos en ningún caso	
Todo tratamiento o servicio prestado por, o bajo la dirección de un proveedor de servicios de atención médica que no tenga licencia para prestar servicios, o que no esté operando dentro del alcance de la licencia	No están cubiertos en ningún caso	
Atención en un centro de cuidados intermedios autorizado, a menos que esté cubierto por Medicare (como la atención médica en la casa o los cuidados paliativos)	No están cubiertos en ningún caso	
Atención en un centro residencial donde pase la noche, excepto por la atención cubierta por Medicare o por un centro autorizado que dé servicios de recuperación residencial de transición cubiertos que se describan en el Cuadro de beneficios médicos	No están cubiertos en ningún caso	
Terapia de quelación	No están cubiertos en ningún caso	
Consultas por beneficios no cubiertos	No están cubiertos en ningún caso	
Suministros desechables para uso en la casa, como vendas, cinta de gasa, antisépticos, vendajes, vendas tipo Ace y pañales, protectores y otros suministros para la incontinencia		<ul style="list-style-type: none"> Si no está cubierto por Medicare (por ejemplo, suministros para ostomías o diabetes)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Medicamentos que no cumplen la definición de medicamentos de la Parte B	No están cubiertos en ningún caso	
Procedimientos o servicios de mejoras opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del pelo, el desempeño sexual, el desempeño atlético, los fines cosméticos, el antienvjecimiento y el desempeño mental)		<ul style="list-style-type: none"> • Excepto cuando es médicamente necesario
Artículos de anteojos que no requieren prescripción médica por ley (aparte de los armazones), como soportes, estuches y kits de reparación de anteojos	No están cubiertos en ningún caso	
Artículos de anteojos y lentes de rutina, con receta.		<ul style="list-style-type: none"> • Las cantidades cubiertas hasta la asignación de beneficio de \$250 establecida.
terapia de masajes		<ul style="list-style-type: none"> • Excepto cuando se ordena como parte de un programa de terapia física de acuerdo con las directrices de Medicare
Nuevos procedimientos médicos, procedimientos de atención de salud mental, medicamentos farmacéuticos y dispositivos (o los ya existentes que se usan de forma diferente)		<ul style="list-style-type: none"> • Las nuevas tecnologías, los dispositivos o los procedimientos están cubiertos únicamente si la CMS lo exige o si el Comité de Evaluación de tecnología los aprueba. El Comité de Evaluación de Tecnología se integra por profesionales dentro de la red con aportes de profesionales locales y personal médico.
Nutrición oral para pacientes ambulatorios, como suplementos dietéticos y suplementos herbales	No están cubiertos en ningún caso	
Medicamentos con receta médica para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia	No están cubiertos en ningún caso	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
Medicamentos de venta libre como vendas, medicamentos para la tos/gripe, analgésicos y vitaminas	No están cubiertos en ningún caso	
Reemplazo de medicamentos por pérdida, robo, daño o destrucción		<ul style="list-style-type: none"> • Excepto durante un estado declarado de desastre o emergencia.
La atención de rutina no asociada con el estudio clínico está sujeta a todos los términos, las condiciones y las restricciones, las exclusiones y otras coberturas de nuestro plan	No están cubiertos en ningún caso	
Servicios de rutina o electivos, que incluyen análisis de laboratorio o atención médica, cuando proveedores que no pertenecen al plan los dan sin la aprobación previa del Director médico del Presbyterian Health Plan	No están cubiertos en ningún caso	
Traslado de rutina o transporte en un auto, taxi, autobús, camioneta para sillas de ruedas y cualquier otro tipo de transporte (que no sea una ambulancia con licencia), incluso si es la única manera de viajar a un proveedor de la red		<ul style="list-style-type: none"> • A menos que esté autorizado como parte del Programa de prevención de reingreso para miembros de Hospicio descrito en el Cuadro de beneficios médicos
Servicios para cualquier enfermedad o lesión que ocurra durante el trabajo y que usted sea elegible para recibir compensación en virtud de cualquier ley de compensación al trabajador o ley de responsabilidad del empleador, sin importar si reclama los beneficios o recupera las pérdidas de un tercero	No están cubiertos en ningún caso	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos en ningún caso	Están cubiertos solo en condiciones específicas
<p>Servicios no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration). Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que, de acuerdo con la ley, requiera la aprobación federal de la FDA para poder venderse en los EE. UU., pero que no estén aprobados por la FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios dados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU. No se aplica a los estudios clínicos que Medicare cubre ni a la atención de emergencia cubierta que reciba fuera de los Servicios de los EE. UU. dados a los veteranos de guerra en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.
<p>Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Excepto cuando se considera médicamente necesario y está cubierto por Medicare Original
<p>Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios para llevar a casa</p>	<p>No están cubiertos en ningún caso</p>	
<p>Cuando un servicio o un artículo no está cubierto, se excluyen todos los servicios relacionados con el servicio o el artículo no cubierto</p>		<ul style="list-style-type: none"> • A excepción de los servicios o los artículos que de otra manera cubriríamos para atender las complicaciones del servicio o el artículo no cubierto, o si están cubiertos de acuerdo con las directrices de Medicare

CAPÍTULO 5:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura
que recibió por servicios
médicos cubiertos*

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos

Algunas veces cuando usted recibe cuidados médicos, tal vez tenga que pagar el costo total. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama *reembolsarle*). Usted tiene derecho a que el plan “le devuelva el dinero si usted ha pagado más de su porción de los costos por servicios médicos cubiertos por el plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. Vea la Sección 2 de este capítulo.

También, puede haber ocasiones en las que podría recibir una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya ha recibido o posiblemente por más que su parte de costos compartidos, como se explica en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más de los costos compartidos que permite el plan. Si este es un proveedor contratado, usted aún tendrá el derecho al tratamiento.

Abajo hay ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que usted haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir los servicios de emergencias o necesarios de urgencia de cualquier proveedor, sin importar o no si el proveedor forma parte de nuestra red.

- Usted es responsable solamente del pago de su parte del costo por servicios de emergencia o necesarios de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a dar atención de emergencia. Si usted paga la cantidad completa en el momento en el que recibe la atención, debe pedirnos que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Puede recibir una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si se le debe algo al proveedor, nosotros lo pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía pagar usted y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

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

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

- Solo tiene que pagar su parte del costo compartido cuando reciba los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama *facturación del saldo*. Esta protección (de que usted nunca paga más de la cantidad de costo compartido) se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor dentro de la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor dentro de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted debía pagar según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquier servicio cubierto después de su fecha de inscripción, usted puede solicitarnos que le devolvamos nuestra porción de los costos compartidos. Usted tendrá que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos que le paguemos ya sea llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo en el plazo de un (1) año** desde la fecha en que haya recibido el servicio o artículo.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer la solicitud de pago.

No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Debemos tener la siguiente información:

- Nombre, inicial del segundo nombre, apellido
- Fecha de nacimiento
- Número de identificación del miembro
- Número de grupo (si corresponde)
- Dirección de correo postal, teléfono y dirección de correo electrónico
- Naturaleza de la condición/tratamiento que recibió, incluyendo la fecha del servicio y las fechas de consultas o tratamientos anteriores relacionados con este reclamo
- Información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga
- Nombre del proveedor, dirección y teléfono
- Adjunte una copia del estado de cuenta desglosado o formulario de cargos

Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.phs.org/Medicare) o ponerse en contacto con Servicios para miembros para pedir el formulario.

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

Presbyterian Senior Care (HMO)
Atención: Claims Department
PO BOX 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no

Sección 3.1	Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio y cuánto le debemos
--------------------	---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos más información de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio, le enviaremos el reembolso por nuestra porción del costo. Si usted no ha pagado por el servicio, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

Capítulo 5. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos

Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o que *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, puede presentar una apelación
--------------------	--

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan está obligado a asegurarse de que todos los servicios clínicos y no clínicos se presten de manera culturalmente competente y que estén accesibles para todos los miembros, incluyendo los que tienen poco dominio del inglés, competencias de lectura limitadas, discapacidad auditiva o los que tienen diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. Esta información está disponible en español sin cargo. También podemos darle la información en braille, letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Debemos darle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera adecuada para usted, llame a servicio al cliente.

Nuestro plan está obligado a darles a las miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no están disponibles en la red del plan los proveedores de una especialidad, es la responsabilidad del plan buscar proveedores especialistas fuera de la red que le den la atención necesaria. En ese caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si estuviera en una situación en la que no hay especialista en la red del plan que cubra el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información de dónde ir para recibir ese servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja formal al Servicio al cliente. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.1	Tenemos que dar información de manera que pueda entenderla y que coincida con sus sensibilidades culturales (en idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos, etc.)
--------------------	--

Se exige que nuestro plan se asegure de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente adecuada y estén accesibles para todos los inscritos cuyo dominio del inglés es limitado, cuya capacidad para leer es limitada, cuyos antecedentes étnicos y culturales son diversos o que tengan discapacidades auditivas. Unos ejemplos de cómo un plan puede cumplir esos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, ofrecer servicios de traducción, servicios de intérpretes, servicios de teletipo o conexión al sistema TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene disponibles servicios gratuitos de intérpretes para contestar las preguntas de los asegurados que no hablen inglés. Además, le podemos aportar información en braille, en letra grande o en otros formatos sin costo alguno, si lo necesita. Se exige que le aportemos la información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para que le aportemos información de una manera que le convenga a usted, favor de llamar al centro de servicio al cliente.

Se exige que nuestro plan les conceda a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista de salud femenina de la red para los servicios de atención médica femenina preventiva y rutinaria.

Si los proveedores de servicios médicos especializados de la red del plan no están disponibles, es la responsabilidad del plan buscar proveedores de servicios médicos especializados fuera de la red para prestarle los servicios de atención médica necesaria. En ese caso, solo pagará los costos compartidos de la red. Si está en una situación donde no hay especialistas de la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para conseguir información sobre dónde deber ir para conseguir el servicio con los costos compartidos de la red.

Si le es difícil conseguir la información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, favor de llamar al centro de servicio al cliente para presentar una reclamación. Además, puede presentar una queja al Programa Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o llame directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 para el sistema TTY.

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

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para prestarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga las remisiones para ir con proveedores dentro de la red.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica en un período razonable, el Capítulo 7 indica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen esas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso por escrito llamado *Aviso de prácticas de privacidad* que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se muestran abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no necesitan que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a revelar la información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
 - Al ser miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos que proporcionar a Medicare su información médica. Si Medicare revela su información para fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; generalmente esto requiere que no se comparta la información que lo identifica.

Usted puede ver la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda el plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho de pedirnos que agreguemos o corriamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a servicio al cliente.

En la medida de lo posible, Presbyterian usa o comparte información médica que no lo identifica. Contamos con políticas y procedimientos para proteger la privacidad de la información de salud que lo identifica. Tenemos un programa de formación para educar a nuestros empleados y a otras personas sobre la protección interna de la información médica oral, escrita y electrónica y nuestras políticas de privacidad. El uso o la revelación de su información médica se hace únicamente con fines comerciales o según lo exija o permita la ley.

Cuando un tercero presta un servicio que tiene que ver con su información médica, requerimos un acuerdo por escrito con ellos para proteger la privacidad de su información médica.

Al momento de su inscripción, le entregamos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y lo compartimos con usted cada año en un boletín informativo. Si quiere volver a leerlo, puede encontrar la copia más actualizada en línea en www.phs.org/Medicare. Si quiere una copia impresa, puede llamar a servicio al cliente para pedirla.

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

Como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nuestra parte.

Si quiere cualquiera de los tipos de información siguientes, llame a Servicio al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Usted tiene el derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando usa su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 hay información relacionada con los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 7 da información sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Saber todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan.
- **Saber los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo que haya en su atención. Se le debe informar con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta 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 de irse de un hospital o de otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento, acepta la responsabilidad total por lo que consecuentemente ocurra con su salud.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces las personas pierden la capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para entregar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados **testamento en vida** y **poder de atención médica** son ejemplos de las directivas anticipadas.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si quiere utilizar un formulario de directivas anticipadas para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información sobre Medicare. También puede comunicarse con servicio al cliente para pedir los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Puede ser conveniente que considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede ser conveniente que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, usted decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (incluyendo si quiere firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo basándose en que usted haya firmado directivas anticipadas o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no siguieron las instrucciones en las mismas, puede presentar una queja al Departamento de Salud de Nuevo México (New Mexico Department of Health) al número o la dirección que se mencionan abajo:

Departamento de Salud de Nuevo México (New Mexico Department of Health)
1190 S. St. Francis Dr.
Santa Fe, NM 87505
(505) 827-2613
nmhealth.org

Departamento de Salud de Nuevo México,
Oficina de Manejo de Incidentes (Incident Management
Bureau), Reportes de abuso, abandono y explotación
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Departamento de Salud de Nuevo México,
Oficina de Manejo de Incidentes, Centros y hospitales
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

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

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento está lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **nosotros debemos tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos y *no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente.**
 - Puede pedir una copia de nuestra declaración de derechos y responsabilidades y hacernos recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener información, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

La lista de lo que debe hacer como miembro del plan está abajo. Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener esos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 hay información sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos con receta médica por separado, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1 obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía en el plan cuando obtenga cualquier cuidado médico.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que acordaron usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de obtener una respuesta que usted entienda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que funcione todo sin problemas en el consultorio de su médico, en los hospitales y en otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Para algunos de los servicios médicos con cobertura del plan, usted deberá pagar su parte del costo cuando obtenga el servicio.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para que se pueda mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o preocupación

En este Capítulo se explican dos tipos de procesos para tratar los problemas y preocupaciones:

Para algunos tipos de problemas, necesita usar el **proceso de decisiones y apelaciones de cobertura**.

Para otros tipos de problemas, necesita usar el **proceso de presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a usar y qué debería de hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite 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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo habla de presentar una queja en vez de presentar una demanda formal, o decisión de cobertura en vez de determinación por parte de la organización, u Organización de revisión independiente en vez de Entidad de revisión independiente.
- También se evita el uso de abreviaturas lo más posible.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos debe usar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales cuando damos la información para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aun si tiene una queja de cómo lo hemos tratado, estamos obligados a respetar su derecho de quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones puede ser que quiera ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Abajo hay dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa de gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Los asesores en este programa lo pueden ayudar a entender el proceso que debería usar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los teléfonos y los URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

Además, puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Si tiene un problema o preocupación, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente guía será útil.

¿Está relacionado su problema o preocupación con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si está cubierta la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) o no, la manera como están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vea la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 9** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para la atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluyendo el pago). Para mantener simples las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda mostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deja en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que vayamos a cubrir un servicio médico particular o si se niega a darle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunas situaciones, podríamos determinar que Medicare no cubre o ya no cubre atención médica para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura antes o después de que se reciba el beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que

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

revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que mencionaremos después, puede solicitar una apelación expedita o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan diferentes revisores a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos las normas apropiadamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimaré una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que quiere decir que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se descartará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si decimos no a toda o a una parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente a apelación de Nivel 2 que hace una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para comenzar una apelación del Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que le enviemos automáticamente la apelación por atención médica para el Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre el Nivel 2 de apelaciones.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de los niveles adicionales de apelación (en la Sección 8 de este Capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a servicio al cliente**.
- Puede **recibir ayuda gratuita** de su SHIP.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que nombrarlo su representante. Llame a servicio al cliente y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf [*plans may also insert*: o en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare].)

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

- Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 por usted. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente se trasladará al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que lo represente.** Si quiere, puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente y pida el formulario de *Nombramiento de representante* (Appointment of Representative). (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su se desestimar. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos de pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le dan 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 ¿Qué sección de este capítulo tiene información de su situación?
--

Hay tres tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos la información de cada una en una sección aparte:

La **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

La **Sección 6** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una estancia en el hospital como pacientes hospitalizados más prolongada si cree que el médico le está dando de alta muy pronto

La **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará muy pronto (*Aplica únicamente a estos servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

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

Sección 5.1 En esta sección está lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes para una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo difieren las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las normas para los productos y servicios médicos.

En esta sección está lo que puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren prestarle y usted considera que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención en el hospital, atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. En estos tipos de atención se aplican reglas especiales.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, se llama una **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación expedita**.

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

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

Una decisión estándar de cobertura normalmente se toma en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándar *puede ocasionar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico nos dice que por su salud se necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si por su salud se necesita que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos las fechas límite estándar.
 - Explica que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome la decisión de cobertura o la decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o cubramos la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de **un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo expedito.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. (Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una explicación escrita detallada de por qué hemos dicho que no.

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

Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esa decisión mediante una apelación. Esto quiere decir que debe pedir de nuevo la cobertura de atención médica que quiere. Si decide presentar una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales

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

Una *apelación rápida* también se llama una **determinación expedita**.

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

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

Normalmente, una apelación estándar se presenta en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se hace en el plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de atención que usted todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una *apelación rápida*. Si su médico nos indica que por su salud se necesita una *apelación rápida*, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una *decisión de cobertura rápida* en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito. También puede pedir la apelación llamándonos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos. En el Capítulo 2 hay información de contacto.

Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha que está en el aviso por escrito que enviamos para darle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo del atraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

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

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

Cuando nuestro plan está revisando su apelación, vemos cuidadosamente toda la información. Verificaremos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.

Reuniremos más información si fuera necesario posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si se necesita por su salud.

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

- Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos emplear más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo extendido si tomamos más días), debemos enviarle automáticamente la solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, que examinará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o dar la cobertura que hemos acordado dar en las 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que usted solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no haya recibido todavía, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su condición médica nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un material o servicio médico. Si decidimos tomar más días, se lo notificaremos por escrito. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos emplear más tiempo para tomar una decisión.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una *queja rápida*. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos en las siguientes 24 horas. (Vea la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o cuando termine el período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización independiente externa revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o dar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan deniega una parte o toda la apelación, enviamos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2****Términos legales**

El nombre formal para la *organización de revisión independiente* es **entidad de revisión independiente**. A veces se la llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debemos cambiarla. Medicare supervisa lo que hace.

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

Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.**

Tiene derecho a darle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Los revisores en la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

Para la apelación rápida, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.

Sin embargo, si su solicitud es para un material o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

Para *apelación estándar*, si su solicitud es por un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que reciban su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un material o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo a usted, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede emplear más tiempo para tomar una decisión.

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

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

La organización de revisión independiente lo informará por escrito de su decisión y explicará las razones de la decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es sí a una parte o toda la solicitud por un material o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o prestarle el servicio en el plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Si la organización de revisión dice sí a una parte o a toda la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o dar el medicamento con receta de la Parte B en el plazo de **72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama *confirmar la decisión o rechazar su apelación*). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando la decisión.
- Avisando del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple cierto mínimo. El aviso por escrito que usted recibe de la organización de revisión independiente le dirá la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelaciones.
- Diciendo cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted elige si quiere continuar con su apelación.

Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 8 en este capítulo se explican 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 recibió por atención médica?
--------------------	---

En el Capítulo 5 se describen las situaciones en las que es posible que tenga que solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, dice cómo enviarnos los documentos para pedirnos el pago.

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

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos pidiendo el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos sí a su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, el pago se enviará, normalmente, en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si *no* ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que diga que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede poner una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que usted ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 **Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia en el hospital como paciente ingresado más larga si usted piensa que le están dando de alta demasiado pronto**

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día que salga del hospital. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que haya salido.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le avisarán.
- Si considera que se le está pidiendo que salga del hospital muy pronto, puede solicitar una estancia en el hospital más larga y evaluaremos su solicitud.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos**

En el plazo de dos días calendario después de que lo ingresen en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si usted no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a servicio al cliente o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y siéntase en la libertad de hacer preguntas si no lo entiende. Le dice sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha del alta de manera que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

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

- Se le pedirá que firme el aviso usted o alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso muestra *solamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no menciona la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha del alta.

3. Guarde su copia del aviso para que tenga disponible la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si usted firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.
- Para ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a servicio al cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital**

Si quiere solicitar que cubramos sus servicios en el hospital de paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con servicio al cliente. O llame a su SHIP, una organización del gobierno que da ayuda personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha del alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos u otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital de las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión de inmediato de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) está la información de cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la organización para la mejora de la calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día en que le den el alta.**
 - **Si cumple esta fecha límite,** puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación de la organización para la mejora de la calidad.
- **Si no cumple esta fecha límite,** comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha planeada de alta, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención en el hospital que reciba después de la fecha planeada de alta.

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

Una vez solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con usted. A más tardar a mediodía del día después de que se comunique con nosotros le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le da su fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La organización para la mejora de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de atención médica en la organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos hayan avisado de su apelación, usted recibirá de nosotros un aviso por escrito con su fecha del alta planificada. En este aviso también se explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir toda la información necesaria, la organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta en cuanto a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir prestándole servicios de hospital de paciente hospitalizado durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios en el hospital cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se haya programado darle el alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura por servicios en el hospital para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día *después* de que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.**

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

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede ser que deba pagar todo el costo** de la atención en el hospital que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad *denegó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner otra apelación. Presentar otra apelación quiere decir que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en la primera apelación. Si la organización para la mejora la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede ser que deba pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si se queda en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

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

Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le darán su decisión.

Si la respuesta de la organización es sí:

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la organización para la mejora de la calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir dando cobertura para la atención hospitalaria como paciente hospitalizado por el tiempo que sea médicamente necesario.**

Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

Si la respuesta de la organización es no:

Quiere decir que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*.

El aviso que recibe le dice por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección trata únicamente tres servicios:</i> atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)
--------------------	--

Cuando está obteniendo **servicios de atención en casa, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención por el tiempo en que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

En el momento en que decidamos dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estaremos obligados a informárselo con antelación. Cuando acabe su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de la atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección está cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura****Términos legales**

Aviso de no cobertura de Medicare. Informa cómo puede pedir una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejaremos de cubrir su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. Este aviso le dice:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una *apelación por vía rápida* para pedirnos que continuemos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
- 2. A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

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

Si quiere solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que comience, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con servicio al cliente. O llame a su SHIP, una organización del gobierno que da ayuda personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada.

La **organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos u otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para el mejoramiento de la calidad en su estado y solicite una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esa organización?

El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, dirección y teléfono de la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del **mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que consta en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Si se vence el plazo y quiere presentar una apelación, seguirá teniendo derechos de apelación. Comuníquese con su Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization).

Paso 2: La organización para la mejora de Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Términos legales
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que tiene detalles de los motivos para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

Los profesionales de atención médica en la organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (a su representante) el motivo por el que cree que debe continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.

La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.

Al final del día en que los revisores nos avisen de su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** explicando en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información necesaria, los revisores le darán su decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es sí?

Si la respuesta de los revisores a su apelación es *sí*, entonces, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es no?

Si la respuesta de los revisores es *no*, su **cobertura terminará a partir de la fecha que le habíamos dicho**.

Si decide continuar recibiendo atención médica en casa, atención de centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, **usted tendrá que pagar todo el costo** de esa atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si quiere presentar otra apelación.

Si la respuesta de los revisores es *no* a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura de la atención, entonces puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo poner una apelación de Nivel 2 para que su plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la organización para la mejora de la calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar todos los costos de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le hayamos informado que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

Deberá pedir esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *haya denegado* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La organización para la mejora de calidad hace una segunda revisión de su situación.

Los revisores de la organización para la mejora de la calidad analizarán de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de haber recibido su apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la dirán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es sí?

Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos seguir dando cobertura para la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber las limitaciones de cobertura que correspondan.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión es no?

Eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión que se tomó respecto a su apelación de Nivel 1.

El aviso que recibe le dice por escrito lo que puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará la información para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted debe decidir si quiere continuar con su apelación.

Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, (para un total de cinco niveles de apelación). Si quiere pasar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de la apelación de Nivel 2.

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores

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

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y se denegaron ambas.

Si el valor en dólares del material o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 se explica cómo presentar una apelación del Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de la apelación la hacen las siguientes personas en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador a su apelación es sí, el proceso de apelaciones *puede haber terminado o no*.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación del Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación necesaria. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o dar la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador a su apelación es no, el proceso de apelaciones *puede haber terminado o no*.**
 - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá habrá información de lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la respuesta es sí o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede haber terminado o no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* haber terminado o *no*.
 - Si decide aceptar esa decisión que deniega su apelación, termina el proceso de apelaciones.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, en el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez en el **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud procede o no. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicios para miembros u otras preocupaciones**

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

El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No respetó alguien su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido grosero o irrespetuoso alguien con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro servicio al cliente? • ¿Considera que lo están animando a dejar el plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le ha tocado esperar demasiado tiempo a los médicos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, sala de esperas o sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es nuestra información por escrito difícil de entender?
Prontitud (Estos tipos de quejas están relacionados con la <i>prontitud</i> de nuestras acciones en cuanto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que se aprobaron, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos las fechas límite necesarias para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo hacer una apelación de queja

Términos legales

- Una **queja** también se llama una **queja formal**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar una queja formal**.
- **Usar el proceso para quejas** es otra manera de decir **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se llama una **queja formal expedita**.

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

Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para miembros se lo hará saber.

Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Si hace que alguien presente una queja por usted, esta debe incluir un formulario de *Designación de representante* que autorice a esta persona a representarlo. Para obtenerlo llame a servicio al cliente y pida el formulario *Designación de representante*. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir su solicitud de queja (nuestra fecha límite para hacer una revisión), su solicitud de queja será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

La **fecha límite** para presentar una queja es **65 días calendario** a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

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

Es posible que le respondamos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada.

Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia o usted solicita más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendarios más** (44 días calendario total) para responder a su queja. Si decidimos tomar más días, se lo avisaremos por escrito.

Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una respuesta rápida de cobertura o apelación rápida, automáticamente se resolverá como queja rápida. Si usted tiene una *queja rápida*, significa que le daremos una respuesta en el **plazo de 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo con una parte o toda su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

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

Cuando su queja sea sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones más:

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

- **Puede presentar su queja directamente a la organización para la mejora de la calidad.** La organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 hay información de contacto.
O
- **O puede presentar su queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja
--------------------	---

Puede presentar una queja sobre Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar a 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Cómo cancelar su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar dándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

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

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

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el *Período anual de inscripción abierta*). Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
 - – o – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta médica.
- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan**Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacerle *un solo* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y es para beneficiarios nuevos de Medicare inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieran los derechos a la Parte A y B hasta el último día del tercer mes en que tengan derecho.
- **Durante el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura por medio de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte en ese momento.
- **Su membresía termina** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, los miembros de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

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

- Generalmente, cuando se ha trasladado.
- Si tiene Turquoise Care (Medicaid)
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, como un centro de atención residencial o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
- Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede cambiar su cobertura médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- – o – Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos con receta aparte.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

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

Si tiene alguna pregunta sobre terminar su membresía, puede:

- Llame a servicio al cliente.
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2025*.
- Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

En el siguiente cuadro se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan médico de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. • Automáticamente se cancelará su inscripción del Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cuando comience su nueva cobertura del plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Automáticamente se cancelará su inscripción del Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cuando comience su nueva cobertura del plan.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si también tiene cobertura válida de medicamentos con receta (por ejemplo, PDP independiente) y cancela la inscripción para esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une después al plan de medicamentos de Medicare después de quedarse sin cobertura válida de medicamentos con receta por más de 63 días seguidos.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía termine, deberá seguir obteniendo sus artículos médicos y servicios por medio de nuestro plan

Hasta que su membresía termine y comience su cobertura nueva de Medicare, deberá seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y atención por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir la atención médica.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que se inicie su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguno de los siguientes casos:

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni está legalmente en los Estados Unidos.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y eso hace que nos sea difícil darle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
- Si usted permite que alguien use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero tengamos la autorización de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por ese motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a servicio al cliente.

Sección 5.2	Nosotros <u>no</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con salud
--------------------	---

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas del día, 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarlo por escrito de nuestros motivos para cancelarla. Además, debemos explicarle como puede presentar una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las reglamentaciones creadas según la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que tienen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma correspondiente por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para miembros le puede ayudar.

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 para los que Medicare no es el principal pagador. Según las regulaciones de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, el Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las regulaciones de CMS en las subpartes B a la D de la parte 411 de 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o el pago por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que se pueden usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Asistente de atención médica en casa – Una persona que presta servicios que no necesitan las capacidades de un enfermero ni terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia – Los servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) – Servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa – La aprobación por adelantado para recibir servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare o de un estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Beneficios complementarios opcionales – Beneficios que no cubre Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente Beneficios complementarios opcionales con el fin de obtenerlos.

Cancelar inscripción o cancelación de inscripción – El proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del máximo de gastos de bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y Parte B.

Centro de atención al cliente de Presbyterian – Un departamento dentro de nuestro plan que responde a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas formales y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con el Centro de atención al cliente.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea de más de 24 horas.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) – un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros que no están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Cobertura válida de medicamentos con receta – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare más adelante.

Copago – una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo por un servicio o un suministro médico, como una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o una receta médica. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10) y no un porcentaje.

Coseguro – Una cantidad que se le puede pedir que pague, expresada como porcentaje, (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios.

Costos compartidos – Los costos compartidos son las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que el plan pueda imponer antes de pagar por los servicios; (2) cualquier *copago* fijo que el plan requiera sea pagado al recibir un servicio específico; o (3) cualquier *coseguro*, o sea, un porcentaje del monto total que usted paga por servicio, requerido por el plan al recibir un servicio específico.

Cuidado de compañía – El cuidado de compañía es la atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que lo dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan sobre si los materiales o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los materiales o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y si está embarazada, perder el bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME) – Determinado equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para colchones, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado – Una estancia en el hospital cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se lo podría considerar como paciente *ambulatorio*.

Evidencia de cobertura (EOC) y declaración de información – Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Facturación del saldo – Una situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) factura a un paciente más de la cantidad de costos compartidos permitida. Como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por parte de nuestro plan. Nuestro plan no permite que los proveedores facturen o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que el plan dice que debe pagar.

Gastos de bolsillo – Vea arriba la definición de *costos compartidos*. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios recibidos también conocido como requisito de gastos directos *de su bolsillo*.

Hospicio – Un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continuación pagando primas, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios adicionales que ofrecemos.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Ingreso suplementario de seguridad (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Medicamento necesario – Los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare Pago por servicio) – Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago que estableció el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción la confirmaron los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Organización para la mejora de la calidad (QIO) – Es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C – Vea Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período anual de inscripción – El período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de beneficios – La manera como Medicare Original mide su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

termina cuando usted no ha recibido ninguna atención en el hospital de paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días seguidos. Si ingresa en el hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período del 1 de enero al 31 de marzo, en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener la cobertura por medio de Medicare original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción especial – Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones que le pueden dar el derecho de usar un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si ingresa en una residencia de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – En cuanto usted comience a ser elegible para Medicare, el período en que podrá inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted comenzará a ser elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza tres meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina tres meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales por condiciones crónicas – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA con una o más condiciones crónicas graves o discapacitantes, como se define en 42 CFR 422.2, incluyendo la restricción de la inscripción basándose en los múltiples grupos de condiciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) – Un Plan de una organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por los servicios que se reciban de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA) – Algunas veces llamado la Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

o PPO Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Plan médico de Medicare – Un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, Planes para necesidades especiales, Programas de demostración/piloto y los Programas de cobertura total de salud para ancianos (PACE).

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos) combina servicios de atención médica, social y de largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en vez de mudarse a un centro de atención residencial) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid por medio del plan.

Plan para necesidades especiales – Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Planes para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare) – Seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los **períodos sin cobertura** en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o la cobertura de medicamentos con receta.

Prótesis y aparatos ortopédicos – Dispositivos médicos incluyendo, entre otros, soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ir con su proveedor de atención primaria antes de ir con cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor dentro de la red – **Proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores dentro de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se les llama *proveedores del plan*.

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

Queja – El nombre formal para *hacer un reclamo es presentar una queja formal*. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Queja formal – Un tipo de queja que hace sobre nuestro plan o nuestros proveedores, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no incluye las disputas de cobertura ni de pago.

Servicio al cliente – Un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. **Deducible** – La cantidad que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Servicios cubiertos – El término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como de la vista, dental o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio necesario de urgencia, si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o si es irrazonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red con los que el plan tenga contrato, dados el tiempo, el lugar donde usted está y sus circunstancias. Los ejemplos de servicios necesarios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbación imprevista de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas médicamente necesarias con el proveedor de rutina, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque usted esté fuera del área de servicio del plan o aunque la red del plan no esté disponible temporalmente.

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

Servicio de atención al cliente de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
LLAMAR	<p>(505) 923-6060 o 1-800-797-5343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Después de horas de trabajo, un servicio de mensajería de voz automatizado está disponible. Si deja un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó. Un representante de Servicios para miembros volverá a llamarle a más tardar un día hábil después de que deje su mensaje.</p> <p>Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto feriados) del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto feriados) del 1 de abril al 30 de septiembre.</p>
FAX	<p>(505) 923-5124</p>
ESCRIBIR	<p>Presbyterian Senior Care (HMO) PO BOX 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 Correo electrónico: info@phs.org</p> <p>Indique su nombre y apellido, fecha de nacimiento, una dirección y números de teléfono de contacto y la información de su consulta. Los miembros de Presbyterian también deben incluir su número de identificación de miembro, si está disponible.</p>
SITIO WEB	<p>www.phs.org/Medicare</p>

New Mexico Aging and Long-Term Services

Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

Método	Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México - Información de contacto
LLAMAR	1-800-432-2080
TTY	(505) 476-4937 Este número necesita equipo telefónico especial y es solo para las personas con dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBIR	New Mexico Aging and Long-Term Services PO Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	https://aging.nm.gov/

Declaración de revelación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar servicios de atención médica equitativos y existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos. Valoramos la diversidad y la inclusión y nos esforzamos por tratar a todos con respeto. No discriminamos por motivos de raza; color; linaje; origen nacional (incluso por dominio limitado del inglés); ciudadanía; religión; sexo (incluso por embarazos, partos o problemas médicos conexos); estado civil; orientación sexual; expresión o identidad de género; estado de veterano; estado militar; estado de ausencia familiar o médica; edad; discapacidad física o mental; estado médico; datos genéticos; capacidad de pago; o cualquier otro estado protegido. Presbyterian proporcionará adaptaciones razonables y servicios de acceso al idioma a nuestros pacientes, asegurados y fuerza laboral.

Presbyterian Healthcare Services:

- Presta servicios y ayuda a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar efectivamente, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de acceso al idioma a las personas cuyo idioma principal no es inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de esos servicios, llame al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no le ha proporcionado dichos servicios o si cree que le han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una reclamación a Presbyterian si llama al 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, o

<https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer>.

Además puede presentar una queja formal referente a los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está a su disposición en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o por teléfono al:

Dirección: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número de teléfono (gratuito): 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están a su disposición en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Encarte multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azeé' bínda'í dííkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-855-592-7737. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

OUR PRIVACY PRACTICES AND YOUR RIGHTS: JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

The privacy practices of Presbyterian Healthcare Services (“Presbyterian”) and certain organizations that participate in an organized health care arrangement (“OHCA”) with Presbyterian are described in this *Joint Notice of Privacy Practices* (“Notice”). Health information about you is contained in our records, but the information in those records belongs to you. This Notice will help you understand how we protect the privacy of your health information and how to complain if you believe your privacy rights have been violated. The terms “we” and “our” used in this Notice refer to Presbyterian and the members of our OHCA that share this Notice and agree to abide by its terms.

HOW WE PROTECT THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION

Whenever possible, Presbyterian uses or shares health information that doesn’t identify you. We have policies and procedures to protect the privacy of health information that does identify you. We have a training program to educate our employees and others about our privacy policies. Your health information is only used or shared for our business purposes or as otherwise required or allowed by law. When a service involving your health information is being performed by a third party, we require a written agreement with them to protect the privacy of your health information.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy of your health information.
- We are required to provide patients, except inmates, with this Notice that describes our legal duties and privacy practices regarding protected health information.
- We have a legal duty to notify you, and you have a right to know when your protected health information has been inappropriately accessed, used, or disclosed as a result of a breach.
- We must follow the terms of the most current *Joint Notice of Privacy Practice*, and are required to ask you for a written acknowledgement that you received a copy.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

You have rights with respect to your protected health information. For more information on how to exercise these rights, see the *How to Make a Request* section of this Notice. The health information rights described in this Notice also apply to a person with legal authority to make health care decisions for a child or other person (for example, a parent or legal guardian). There are exceptions. For example, in New Mexico some health care services can be provided to a minor without the consent of a parent, guardian or other person. In these cases, the minor has the rights described in this Notice for health information related to the health care service provided. Some of the rights described here are subject to certain limitations and conditions.

Right to See and Get a Copy of Health Information. You have the right to see and get a copy of your health information. Usually, this information is contained in medical and billing records. You must make a request in writing to see or get a copy of your health information in our designated record set.

Right to Amend Incorrect or Incomplete Health Information. We strive to ensure that health information kept in our records is accurate and complete. However, occasionally a mistake can occur. You have the right to request that we change incorrect or incomplete health information in our records. We may deny your request if appropriate.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we deliver health information to you in a certain way or at a certain location. We must agree to a reasonable request or may deny your request if it is against the law or our policies.

Right to Request Restrictions of the Use or Disclosure of Your Health Information. You have the right to request that your health information is not used or shared for certain purposes. We are not required to agree to your request except if required by law, or if you request restriction to disclosure of your protected health information to the health plan and you pay Presbyterian for those services or health care items in full. We must tell you if we cannot agree to your request.

Right to Request an Accounting of Disclosures. You have the right to request an *Accounting of Disclosures*. This report will show when your health information was shared by us outside of our organization without your written authorization.

Right to Receive a Paper Copy of this Notice. You have a right to receive a paper copy of this Notice, even if you also agreed to receive it electronically.

WHEN HEALTH INFORMATION CAN BE USED OR SHARED WITHOUT A WRITTEN AUTHORIZATION

For Treatment. We use and share your health information to provide medical treatment to you by our health care providers.

For Payment. We use and share your health information in order to receive or facilitate payment for the treatment and services provided to you.

For Health Care Operations. We use and share health information in order to operate our business and deliver quality care and services to our patients.

Required by Law. We will use and share your health information when required by federal, state or local law.

Emergency Situations. We will use professional judgment to decide if sharing your health information is in your best interest during a health emergency or if you are incapacitated.

Public Health Activities. We share your health information with public health authorities to ensure the public welfare.

Health Oversight Activities. Your health information may be shared with health oversight agencies that have authority to monitor our activities.

Legal and Administrative Proceedings. Your health information may be shared as part of an administrative or legal proceeding.

Law Enforcement. If a law enforcement official requests, we may share only very limited health information.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. The health information of a deceased person may be shared with coroners, medical examiners and funeral directors so they can carry out their duties.

Organ and Tissue Donation. Your health information may be shared with organizations that obtain, store or transplant human organs and tissues.

Public Safety. Your health information may be shared to prevent or lessen a serious and immediate threat to the health or safety of anyone or the general public.

Special Government Functions. Your health information may be shared with federal officials for national security purposes authorized by law.

Correctional Institutions. If you are an inmate, your health information may be shared with correctional institutions or law enforcement officials in order to protect your health, or the health and safety of others.

Worker's Compensation. Your health information may be used or shared as required by worker's compensation laws.

Change of Ownership. If Presbyterian or any member of the OHCA that shares this Notice is sold or merged with another organization, records that contain your health information will become the property of the new owner.

Secretary of Health and Human Services. We are required by law to share health information with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) when HHS requests the health information to determine our compliance with privacy law.

WHEN A WRITTEN AUTHORIZATION IS REQUIRED TO USE OR SHARE HEALTH INFORMATION

We will not use or share your health information without your written authorization unless required by law or as described in this *Joint Notice of Privacy Practices*. You may cancel an authorization in writing at any time, except to the extent we have already taken action according to the authorization.

Marketing. We do not use or share your health information for marketing purposes without a written authorization from you. There are two exceptions that are permitted: when we have a face-to-face conversation with you or when we give you a promotional gift of little or no monetary value. If a marketing activity would involve any direct or indirect remuneration to us from a third party, the written authorization you would be asked to sign will state that fact.

Research. With your written authorization, we may share your health information with researchers conducting research that has been approved by Presbyterian's Institutional Review Board or another research/privacy board.

Sale of Protected Health Information. We do not sell your health information to anyone.

WHEN YOU MAY RESTRICT OR OPT OUT OF THE USE OR SHARING OF YOUR HEALTH INFORMATION

Facility Directory. Unless you object, we will use your name, your location in our facility, your general medical condition and your religious preference as directory information. Directory information may be shared with members of the clergy of your faith.

Notification and Communication with Family or Others Involved in Your Care. Unless you tell us that you object, we may share your health information with a person involved in your healthcare. If we do so, we may only share the information directly related to that person's involvement in your care or payment for your care.

Disaster Relief Activities. Unless you tell us that you object, we may use and share your health information with a public or private organization legally authorized to assist in disaster relief efforts so that your family can be notified about your condition, status and location.

Fundraising. We may contact you to raise funds for Presbyterian. The money raised is used for health care services and educational programs we provide to the community. Fundraising materials will describe your right to opt out of future fundraising. For more information see the *How to Make a Request* section of this Notice.

PREBYTERIAN'S RIGHT TO CHANGE THIS PRIVACY NOTICE

Presbyterian reserves the right to change the privacy practices described in this *Joint Notice of Privacy Practices* at any time. If the terms of this Notice should change, we will publish a new Notice and post it in our facilities and on our web site. It will be given to you upon request and as required by law. The terms described in the new Notice will apply to all health information maintained by Presbyterian and all members of the OHCA that share this Notice. You may obtain an electronic copy of this Notice from our web site at www.phs.org.

OTHER PARTICIPANTS IN OUR ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT (OHCA)

The law allows members of an OHCA to share your health information with each other for certain purposes: for treatment, to receive payment for services, or for the health care operations of the OHCA. The following OHCA members have agreed to follow the privacy practices described in this *Joint Notice of Privacy Practices*:

- Presbyterian Healthcare Services – All facilities
- All facilities and clinics operated, leased or managed by Presbyterian
- Hospital-based physicians and groups who agree with Presbyterian to be subject to this Notice.
- Presbyterian Home Healthcare Services – All divisions

Presbyterian is also a member of an OHCA with Presbyterian Health Plan, Inc. and Presbyterian Insurance Company, Inc. which have their own Notice.

HOW TO MAKE A REQUEST: To request a copy of, an amendment to, or an *Accounting of Disclosures* of your health information from Presbyterian, you may contact Health Information Management at (505) 841-1740 or outside Albuquerque at 1-866-352-1528. To request that Fundraising materials not be sent to you, contact: Presbyterian Healthcare Foundation at (505) 724-6580. To file a complaint about our privacy practices, contact the Presbyterian Privacy Official at (505) 923-6176 or the Secretary of HHS, Office for Civil Rights, Region VI, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. You will not be retaliated against for filing a complaint. For further information, contact Presbyterian's Compliance Dept. at (505) 923-8544.

Effective as of amendment date – August 1, 2013

NUESTRAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS: NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD

Esta notificación describe la manera en que se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede conseguir dicha información. Sirvase repasarla con cuidado.

Las prácticas referentes a la privacidad del Presbyterian Healthcare Services ("Presbyterian") y de ciertas organizaciones que participan en un Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] con el Presbyterian se describen en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad* ("notificación"). La información sobre su salud se guarda en nuestros expedientes, sin embargo la información que se contiene en dichos expedientes pertenece a usted. Esta notificación le ayudará a entender cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud y cómo puede presentar una reclamación si usted cree que se han infringido sus derechos a la privacidad. Los términos "nosotros" y "nuestro/a/os/as" que se utilizan en esta notificación se refieren al Presbyterian y a los integrantes de nuestro Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] que participan en esta notificación y que aceptan cumplir los términos de la misma.

CÓMO PROTEGEMOS LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Dentro de lo posible, el Presbyterian divulga la información sobre la salud que no le identifica a usted directamente. Tenemos normas y procedimientos para proteger la privacidad de la información sobre la salud que le identifique directamente. Tenemos un programa de capacitación para nuestros empleados y para otras personas con respecto a nuestras prácticas de privacidad. Sólo se utiliza o divulga la información sobre su salud para nuestros fines comerciales o según lo requiera la ley. Si un tercero lleva a cabo un servicio que involucra la información sobre su salud, requerimos que dicho tercero acepte un acuerdo con el fin de proteger la confidencialidad de la información sobre su salud.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley, se requiere que protejamos la privacidad de la información sobre su salud.
- Se requiere que proporcionemos a los pacientes, con excepción de los que estén encarcelados, esta notificación que describe nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas referentes a la privacidad en lo que se refiere a la información sobre su salud.
- Es nuestra obligación legal avisarle, y usted tiene derecho a saber, si una persona o una entidad ha obtenido acceso inapropiado a la información protegida sobre su salud o si se ha utilizado o divulgado dicha información a causa de una infracción de los medios de protección.
- Debemos cumplir con los términos de nuestra *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad* más reciente y se requiere que le pidamos que nos firme un acuse de recibo de la copia de dicha notificación.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene derechos con respecto a la información protegida sobre su salud. Si usted desea recibir más información sobre cómo ejercer esos derechos, consulte la sección de esta notificación sobre *Cómo presentar una petición*. Los derechos referentes a la información sobre la salud que se describen en esta notificación también corresponden a la persona que cuenta con la autoridad legal de tomar decisiones sobre la atención médica de un menor o de otra persona (por ejemplo, los padres o el tutor). Hay excepciones. Por ejemplo, en Nuevo México se pueden prestar algunos servicios de atención médica a los menores sin el consentimiento de los padres, del tutor o de otra persona. En esos casos el menor tiene los derechos que se describen en esta notificación con respecto a la información sobre la salud correspondiente al servicio de atención médica que se haya prestado. Algunos de los derechos que se describen más abajo están sujetos a ciertas restricciones y condiciones.

El derecho a consultar o recibir una copia de la información sobre su salud. Usted tiene derecho a consultar y recibir una copia de la información sobre su salud. Por lo general, esa información se guarda en nuestros expedientes médicos y de cobros. Usted deberá presentar una petición por escrito para consultar o recibir copia de la información sobre su salud que conste en el conjunto de expedientes que se hayan designado.

El derecho a enmendar información sobre su salud que esté incorrecta o incompleta. Nos empeñamos en asegurar que la información sobre la salud que guardamos en nuestros expedientes sea correcta y completa. Sin embargo, ocasionalmente se puede cometer un error. Usted tiene derecho a pedir que modifiquemos la información sobre su salud si está incorrecta o incompleta en nuestros expedientes. Podemos denegar su petición con tal que sea apropiado hacerlo.

El derecho a pedir que las comunicaciones sean confidenciales. Usted tiene el derecho a pedir que le entreguemos la información sobre su salud de una manera específica o en un lugar específico. Debemos aceptar el cumplimiento de una petición razonable o podemos denegar su petición si va en contra de la ley o de nuestras normas.

El derecho a pedir restricciones con respecto a cómo se utiliza o divulga la información sobre su salud. Usted tiene derecho a pedir que la información sobre su salud no se utilice ni se divulgue para ciertos fines. No se nos exige aceptar su petición a menos que se requiera por ley o si usted pide que se restrinja la divulgación de la información protegida sobre su salud al plan de seguro médico con tal que usted pague, en su totalidad, al Presbyterian por esos servicios o los artículos médicos. Deberemos informarle si no podemos aceptar su petición.

El derecho a pedir un informe de las divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un *Informe de las Divulgaciones*. Ese informe mostrará cuándo divulgamos la información sobre su salud a entidades fuera de nuestra organización sin su autorización escrita.

El derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación, aún si usted aceptó recibirla de forma electrónica.

CUÁNDO SE PUEDE UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Para fines de tratamiento. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud a fin de que nuestros proveedores de servicios médicos le puedan proveer tratamientos médicos.

Para fines de pagos. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud con el fin de recibir pagos por tratamientos o servicios que se le hayan proporcionado o para facilitar los pagos por los mismos.

Para fines de las diligencias de los servicios médicos. Utilizamos y divulgamos la información sobre su salud para poder operar el elemento de negocios de nuestra organización y ofrecerles atención clínica y servicios médicos de alta calidad a nuestros pacientes.

Cuando lo requiera la ley. Utilizaremos y divulgaremos la información sobre su salud cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Para situaciones de emergencia. Utilizaremos nuestro criterio profesional para decidir si la divulgación de la información sobre su salud es lo mejor para usted en caso de una emergencia médica o si usted se encuentra incapacitado(a).

Para las actividades de salubridad pública. Divulgamos la información sobre su salud a las autoridades de salubridad pública con fines de asegurar el bienestar público.

Para las actividades de supervisión de organizaciones que prestan servicios clínicos. La información sobre su salud se puede divulgar a agencias que tengan autoridad para vigilar nuestras actividades.

Para los procedimientos legales y administrativos. La información sobre su salud se puede divulgar como parte de un procedimiento administrativo o legal.

Para el cumplimiento de la ley. Si así lo pide un funcionario del orden público, podemos divulgar sólo una porción muy limitada de la información sobre su salud.

Para los médicos forenses, los investigadores médicos y los directores de funerarias. La información clínica de una persona fallecida se puede divulgar a los médicos forenses, los investigadores médicos y los directores de funerarias a fin de que puedan llevar a cabo sus obligaciones.

Para la donación de órganos y tejidos. Se puede divulgar la información sobre su salud a organizaciones que obtengan, conservan o trasplantan órganos y tejidos humanos.

Para la seguridad pública. Se puede divulgar la información sobre su salud para prevenir o atenuar un peligro grave y urgente a la salubridad o a la seguridad de una persona específica o del público en general.

Para las diligencias especiales del gobierno. Se puede divulgar la información sobre su salud a funcionarios federales para fines de seguridad nacional conforme a las leyes.

A las instituciones penales. Si usted está preso, la información sobre su salud se puede divulgar al personal de las instituciones penales o a los funcionarios del orden público a fin de proteger su salud, o la salud y la seguridad de los demás.

A la división de compensación laboral. Se puede utilizar o divulgar la información sobre su salud conforme a las leyes de compensación laboral.

Si hay un cambio de propietario. Si el Presbyterian o un integrante del OHCA que participa en esta notificación se vendieran o fusionaran con otra organización, los expedientes que contienen información sobre su salud pasarían a ser propiedad del nuevo dueño.

Al Secretario de Salubridad y Servicios Humanos. Se requiere por ley que divulguemos la información sobre la salud al Secretario del Departamento de Salubridad y Servicios Humanos de los Estados Unidos [U.S. Department of Health and Human Services, HHS] si dicha entidad gubernamental pide la información sobre la salud para verificar si estamos cumpliendo con la ley de la privacidad.

CUÁNDO SE REQUIERE LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA UTILIZAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

No utilizaremos ni divulgaremos la información sobre su salud sin su autorización escrita a menos que se requiera por ley o según se explica en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad*. Usted puede cancelar una autorización por escrito en cualquier momento, exceptuando el punto hasta el cual hayamos ya tomado acción conforme a dicha autorización.

Para el mercadeo. No utilizamos ni divulgamos la información sobre su salud con fines de mercadeo sin que usted lo autorice por escrito. Hay dos excepciones que se permiten: si conversamos en persona con usted acerca de eso o para darle un regalo de promoción cuyo valor monetario sea mínimo o nulo. Si una actividad de mercadeo requiere que se nos haga un pago directo o indirecto por parte de terceros, la autorización que se le pedirá que firme deberá indicar ese hecho.

Para las investigaciones. Con su autorización por escrito, podemos divulgar la información sobre su salud a los investigadores que estén llevando a cabo estudios aprobados por la Junta de Revisión Institucional del Presbyterian o por otra junta de investigaciones o de privacidad.

La venta de la información protegida sobre su salud. No vendemos a nadie la información sobre su salud.

CUÁNDO SE PERMITE QUE USTED RESTRINJA LA MANERA EN QUE SE UTILIZA O DIVULGA LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD O PARA OPTAR POR NO PARTICIPAR EN ESAS ACTIVIDADES

En la guía del centro clínico. A menos que usted nos diga que no está de acuerdo, utilizaremos su nombre, su localización en nuestro centro clínico, su estado médico general y su preferencia religiosa como parte de la información que consta en nuestra guía. La información que contiene la guía se puede divulgar a los clérigos de su fe.

Para avisar y comunicarnos con los familiares y otras personas que participen en su atención médica. A menos que usted nos avise que se opone, podemos divulgar la información sobre su salud a las personas que participen en su atención médica. Si así lo hacemos, sólo podremos divulgar la información que corresponda directamente a la participación de esa persona en su atención médica o para que pague por la misma.

Para las actividades de recuperación en caso de desastre. A menos que usted nos avise que se opone, podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud a una organización particular o pública que tenga autoridad legal para ayudar en esfuerzos de recuperación en caso de desastre a fin de avisar a sus familiares acerca de su afección médica, su estado de salud y su localización.

Para las campañas de recaudar fondos. Tal vez nos comuniquemos con usted a fin de recaudar fondos para el Presbyterian. Los fondos que se recauden se utilizan para prestar servicios médicos y para los programas educativos que ofrecemos a la comunidad. Los materiales de la campaña explican cómo usted puede solicitar que no se le envíen ese tipo de materiales en el futuro. Si usted desea conseguir información más detallada sobre eso, consulte la sección de *Cómo presentar una petición de esta notificación*.

EL PRESBYTERIAN TIENE DERECHO A CAMBIAR ESTA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS REFERENTES A LA PRIVACIDAD

El Presbyterian se reserva el derecho a cambiar las prácticas referentes a la privacidad que se explican en esta *Notificación de las Prácticas Referentes a la Privacidad* en cualquier momento. Si cambian los términos de esta notificación, se publicará una nueva notificación y se publicará en nuestros centros clínicos y en nuestro sitio web. Se le proporcionará a usted la nueva notificación si nos la pide y según lo requiera la ley. Los términos que se describan en la nueva notificación se aplican a toda la información sobre la salud que guarda tanto el Presbyterian como todos los integrantes del OHCA que participen en esta notificación. Usted puede obtener una copia electrónica de esta notificación en nuestro sitio web en la dirección: www.phs.org.

OTRAS ENTIDADES QUE PARTICIPAN EN NUESTRO ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN CLÍNICA Y EN NUESTRA NOTIFICACIÓN CONJUNTA [OHCA, las iniciales en inglés]

La ley permite que los integrantes de un Acuerdo Organizado de Atención Clínica [OHCA, las iniciales en inglés] compartan entre sí la información sobre su salud para ciertos fines: para tratamientos, para recibir pagos por servicios que se hayan prestado o para las diligencias de atención médica del OHCA. Los integrantes del OHCA que se enumeran a continuación han aceptado cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad*:

- Presbyterian Healthcare Services: todos los centros clínicos
- Todos los centros clínicos y las clínicas que el Presbyterian opera, arrienda o administra
- Los médicos individuales y los grupos de médicos radicados en los hospitales que aceptan, junto con el Presbyterian, cumplir con lo que se establece en esta *Notificación Conjunta de las Prácticas Referentes a la Privacidad*.
- Los servicios de atención médica en casa que ofrece el Presbyterian: todas las divisiones

El Presbyterian también es integrante de un OHCA junto con el Presbyterian Health Plan, Inc. y el Presbyterian Insurance Company, Inc., que tienen sus propias notificaciones.

CÓMO PRESENTAR UNA PETICIÓN: Si usted desea solicitar del Presbyterian una copia de la información sobre su salud, o para pedir una enmienda a la misma, o para pedir un Informe de las Divulgaciones de la información sobre su salud, usted se puede comunicar con Health Information Management [la administración de la información sobre la salud] al (505) 841-1740 o fuera de Albuquerque al 1-866-352-1528. Para pedir que no se le envíen los materiales de recaudación de fondos, comuníquese con el: Presbyterian Healthcare Foundation al (505) 724-6580. Si usted desea presentar una reclamación sobre las prácticas referentes a la privacidad, comuníquese con el funcionario del Presbyterian encargado de las cuestiones de privacidad [Presbyterian Privacy Official] al (505) 923-6176 o con el Secretary of HHS [Secretario del HHS], Office for Civil Rights [la oficina de derechos civiles], Region VI, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. No se tomarán represalias contra usted por haber presentado una reclamación. Si desea recibir más información, comuníquese con el Presbyterian's Compliance Dept. [Departamento de cumplimiento del Presbyterian] al (505) 923-8544.

Entra en vigor a partir de la fecha de la enmienda: 1º de agosto de 2013

Conforme a la Ley de Reducción de Papeleo [Paperwork Reduction Act] de 1995, no se exige que las personas respondan a un conjunto de información a menos que se indique un número de control válido del OMB. El número de control válido del OMB de este conjunto de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Servicios para miembros de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAME AL	<p>(505) 923-6060 o 1-800-797-5343; las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Nuestro horario es de domingo a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (excepto días feriados). Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriados).</p> <p>Después de horas de trabajo, un servicio de mensajería de voz automatizado está disponible. Si deja un mensaje, incluya su nombre, número de teléfono y la hora a la que llamó. Un representante de Servicios para miembros volverá a llamarle a más tardar un día hábil después de que deje su mensaje.</p> <p>Servicios para miembros tiene también servicios gratis de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711; las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.</p> <p>Nuestro horario es de domingo a sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días feriados).</p>
FAX	(505) 923-5124
ESCRIBA A	<p>Presbyterian Senior Care (HMO) P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 Correo electrónico: info@phs.org</p> <p>Indique su nombre y apellido, fecha de nacimiento, una dirección y números de teléfono de contacto y la información de su consulta. Los miembros de Presbyterian también deben incluir su número de identificación de miembro, si está disponible.</p>
SITIO WEB	www.phs.org/Medicare

Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México

Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-432-2080; las llamadas a este número son gratis.
TTY	<p>(505) 476-4937; las llamadas a este número no son gratis.</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.</p>
ESCRIBA A	<p>New Mexico Aging and Long-Term Services Department 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505</p>
SITIO WEB	https://aging.nm.gov