

Del 1° de enero al 31° de diciembre del 2022

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 2022

Evidencia de cobertura:

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

Este folleto le da información sobre su cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Le explica cómo obtener los servicios de atención médica que necesita que le cubran. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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)).

Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Presbyterian Senior Care (HMO) depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible gratis en español.

Para obtener más información, póngase en contacto con el Centro de Servicios para miembros de Presbyterian (atención al cliente) al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario es de domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).

El Servicio al Cliente tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

Esta información está disponible en formatos diferentes. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para miembros.

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

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.

Evidencia de cobertura para 2022**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de cada capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar este folleto. Habla sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de miembro y sobre cómo mantener su registro de afiliación actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 15

Explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)) y con otras organizaciones incluidos Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de mejora de calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta médica y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 27

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga) 47

Proporciona los detalles acerca de cuáles tipos de atención médica están cubiertos y cuáles no están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto le tocará pagar como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos 111

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea que le reembolsemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades 117

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

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 130

Le explica paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones en cuanto a cobertura y cómo apelar si usted está teniendo dificultades para recibir el cuidado médico que usted piensa debe estar cubierto por nuestro plan. Esto incluye el solicitar que sigamos cubriendo cuidados hospitalarios y ciertos tipos de servicios médicos, si usted piensa que su cobertura estará terminando pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan..... 179

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan. Explica las situaciones en que nuestro plan se ve obligado a cancelar su membresía al plan.

Capítulo 9. Avisos legales..... 188

Incluye avisos sobre la ley aplicable y la no discriminación.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes 191

Explica los términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 1	Introducción	5
Sección 1.1	Está inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), que es un HMO de Medicare	5
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal de la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	6
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	6
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	6
Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)	7
Sección 2.4	Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?.....	7
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan. Úsela para obtener toda la atención médica cubierta.....	7
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan	8
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)	9
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima del plan?.....	9
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?.....	10
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	11
Sección 5.1	Cómo ayudar a asegurarnos de que tenemos su información correcta.....	11
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información médica personal	12
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	12
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	12

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), que es un HMO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica de Medicare mediante nuestro plan, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).

Hay distintos tipos de planes médicos de Medicare. 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 de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este folleto de *Evidencia de cobertura* le explica cómo obtener su atención médica cubierta de Medicare mediante nuestro plan. Además, explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y a los servicios médicos que tendrá a su disposición como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cómo funciona el plan, cuáles son las normas y cuáles servicios están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique unos momentos para examinar este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con Servicios para miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite efectuar cambios a 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 2022. También podemos dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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 su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible 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 tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre 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).
- -- y -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios que suministran los hospitales (pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios como paciente ambulatorio) y ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, 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 residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si piensa trasladarse del área de servicio, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se traslade, tendrá un Periodo 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 su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadano americano o con presencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse 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.

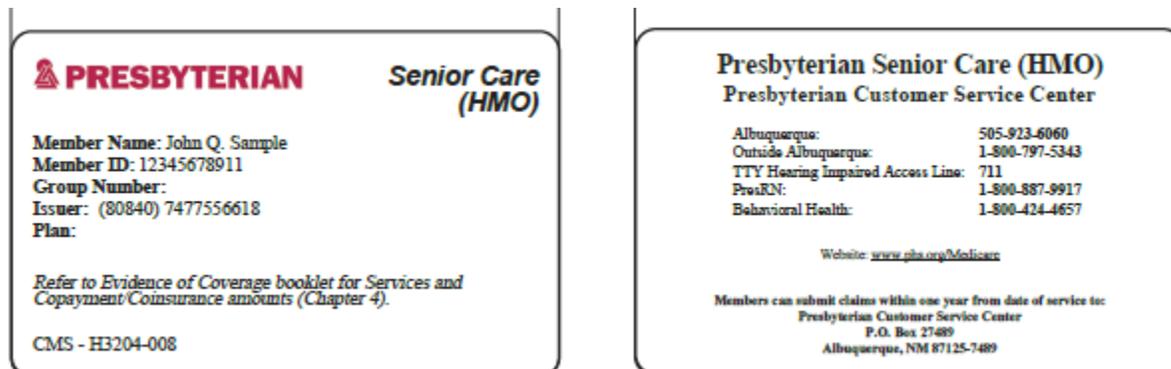
SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan. Úsela para obtener toda la atención médica cubierta

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta como miembro de nuestro plan al obtener cualquier servicio cubierto por este plan. Usted además debe mostrar al

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de muestra de una tarjeta de miembro 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 en un centro de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si obtiene servicios cubiertos con su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare, en lugar de usar su tarjeta de miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) mientras sea miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato al servicio de atención al cliente y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El Directorio de proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* indica los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los 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 completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. La lista

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores son parte de nuestra red porque, con pocas excepciones, mientras usted sea un miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios de urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura fuera del área, fuera de la red y en caso de emergencia.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede pedir una copia de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedir a Servicios para miembros más información sobre nuestros proveedores de red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el *Directorio de proveedores* en www.phs.org/Medicare o descargarlo de este sitio web. Servicios para miembros y el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?
--

No paga una prima mensual del plan separada de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO). Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, entonces usted paga una prima adicional mensual por esos beneficios adicionales. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas del plan, por favor llame a Servicios para miembros (los números telefónicos están impresos en la parte posterior de este folleto).

El Plan dental completo es complemento del Plan dental básico en el que usted estará inscrito automáticamente. Si desea estos beneficios dentales suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional de \$9 al mes.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

En su copia de la guía *Medicare y usted 2022* hay información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2022”. Ésta explica cómo las primas de la Parte B de Medicare varían según los ingresos de cada persona. Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada año en el otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez. También puede descargar una copia del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede ordenar una copia impresa por teléfono 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.

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

No. No tenemos permitido comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia para el siguiente año, le indicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía podría aplicar si tuvo un período continuo de 63 días o más en los que no tuvo cobertura «acreditable» de medicamentos con receta médica). Esto podría ocurrir si usted adquiere elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” a lo largo del año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 62 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Usted puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tenemos su información correcta

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de 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 al día.

Háganos saber de estos cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si le ingresaron en un hogar de ancianos
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia esta información, comuníquenoslo al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Usted puede encontrar los números de teléfono e información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que tenga

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 cualquier otra cobertura que posea con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para mayor información

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se enumera 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 aparece listada, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Si desea más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.3 en el Capítulo 6 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud colectiva del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. 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 no cubiertos.

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

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (ESRD):

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o, al menos, un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que adquiere elegibilidad para Medicare.

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

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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

Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (cuando haya confirmado la identidad de estos) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros del plan).....	16
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	18
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	20
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención a las personas con Medicare)	21
SECCIÓN 5	Seguro Social	22
SECCIÓN 6	Centennial Care (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)	23
SECCIÓN 7	Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	25
SECCIÓN 8	¿Tiene usted un “seguro colectivo” u otro seguro médico de un empleador?	25

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros del plan)

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 ayudarle.

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - 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 domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los 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 domingos a sábados 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 de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).</p>
FAX	(505) 923-5124

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Servicios para miembros de Presbyterian - Información de contacto
ESCRIBA A	<p>Preguntas 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: Departamento de Coordinación de la Atención del plan médico de Presbyterian (505) 923-8858 or 1-866-672-1242 (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>

Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando pida una decisión de cobertura 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. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

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 reclamo no involucra las disputas de cobertura o pago. (Si su problema está relacionado con un pago o con la cobertura del plan, debe ver la sección anterior acerca de cómo presentar una apelación). 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)*).

Puede presentar una queja sobre Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Envíe a Servicios para miembros una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo para la atención médica que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que puede necesitar pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos que le paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (*Qué 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 de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare - Información de contacto
LLAME AL	<p>Llame al 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le da información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>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 style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad para Medicare): Da información del estado de elegibilidad para Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes Medicare): Da información individualizada acerca de planes de medicamentos con receta médica de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas dan una <i>estimación</i> de lo que pueden ser sus costos de bolsillo en distintos planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Medicare.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Medicare - Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	Si no tiene una computadora, puede ser que en la biblioteca local o en el centro para personas de la tercera edad puedan ayudarle con acceso a una para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP es conocido como “Servicios de Largo Plazo para Adultos Mayores en Nuevo México”.

Los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México son independientes (no tienen conexión con ninguna aseguradora o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Los asesores de los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a poner quejas acerca de su atención o tratamiento médico, y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de los Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México también puede ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Método para acceder a SHIP y otros recursos:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic “**Formularios, ayuda y otros recursos**” arriba en la parte derecha del menú
- En el menú desplegable, haga clic en “**Teléfonos y sitios web**”
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo**
 - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los “**TEMAS**” en el menú de abajo
 - Opción 3: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los teléfonos y los recursos específicos de su estado.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Servicios a largo plazo para ancianos en Nuevo México - Información de contacto
LLAME AL	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 requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Aging and Long-Term Services P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad de la atención a las personas con Medicare)

Existe 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 KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales médicos pagados por el gobierno federal. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Póngase en contacto con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que ha recibido
- Considera que la cobertura de su estancia en el hospital termina demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de los servicios de atención médica en casa, del centro de enfermería especializada o del Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Nuevo México)
LLAME AL	1-888-315-0636; las llamadas a este número son gratis.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd.; Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales de 65 años de edad o mayores, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar inscribirse en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina más cercana del Seguro Social.

Si se muda o cambia su domicilio postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
	<p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Centennial Care (Medicaid) (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental conjunto federal y estatal que ayuda con costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare son también elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (por ejemplo, deducibles, coseguro y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para 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 con bajo ingreso especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Beneficiario de Medicare plus especificado con bajos ingresos (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 puede ser elegible para recibir asistencia limitada de su agencia estatal de Medicaid en el pago de sus cantidades

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes

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 debe pagar costos compartidos cuando un servicio o un beneficio no esté cubierto por Medicaid.

- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Individuos discapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, 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, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.

Método	División de asistencia médica del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (Programa Centennial Care/Medicaid) - Información de contacto
LLAME AL	1-888-997-2583; las llamadas a este número son gratis.
TTY	711; las llamadas a este número son gratis. Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades para escuchar o para hablar.
ESCRIBA A	New Mexico Human Services Department Medical Assistance Division (Centennial Care/Medicaid) P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87505-2384
SITIO WEB	www.hsd.state.nm.us

Capítulo 2. Recursos y números de teléfono importantes**SECCIÓN 7 Cómo ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

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

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.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios - Información de contacto
LLAME AL	<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 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, los martes, los jueves y los viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de oído o habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>rrb.gov/</p>

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

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del
plan para sus servicios
médicos*

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

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan.....	29
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	29
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan.....	29
SECCIÓN 2	Cómo usar a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.....	31
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que dé y supervise su atención médica.....	31
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP?	33
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	33
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	35
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	36
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica.....	36
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente por los servicios.....	37
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos?	39
Sección 4.1	Puede pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos	39
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.....	39
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	40
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	40
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	41

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”	42
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa para la atención no médica?	42
Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica	43
SECCIÓN 7	Normas para tener equipo médico duradero	43
Sección 7.1	¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?	43
SECCIÓN 8	Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento.....	44
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	44
Sección 8.2	¿Cuáles son sus gastos compartidos? ¿Cambiará después de 36 meses?.....	45
Sección 8.3	¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?.....	45

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir cobertura para su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cosas que debe conocer acerca de cómo usar el plan para cubrir su atención médica. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá seguir para recibir servicios, tratamientos médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para ver los detalles acerca de la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe este cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que paga usted*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para dar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor 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 se enumeran en la tabla 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 está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) deberá darle su aprobación por anticipado antes de que use otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica en casa. Si desea más información sobre el tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre el tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor de fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios de urgencia que recibe 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, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor de fuera 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 acerca de recibir aprobación para ver a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal que obtiene en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Cómo usar a los 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 un 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 del 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 requieren autorización previa. 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 requieren autorización previa o póngase en contacto con el servicio de atención al cliente al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

¿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.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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.

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, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

Si no puede encontrar a su médico actual en este directorio y quiere confirmar que está en nuestro plan, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

Si está seleccionando un nuevo PCP y quiere saber si acepta nuevos pacientes, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

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 a su PCP en cualquier momento, por cualquier razón. Además, es posible que su PCP salga de la red de proveedores de nuestro plan y que tenga que encontrar otro PCP dentro del plan. Para cambiar a su PCP, póngase en contacto con Servicios para miembros al número de teléfono listado en la contraportada de este folleto.

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. Ellos cambiarán su registro de membresía para que aparezca el nombre su nuevo PCP de la red y le dirán cuándo entra en vigor el cambio.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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 contar con la aprobación por anticipado 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, lo cual incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (rayos X de las mamas), Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y 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 de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no están accesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis que obtiene 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. Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para ser atendido después de las horas hábiles de oficina, llame al 911 si tiene una emergencia o, si necesita consejo médico, llame a PresRN 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). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

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

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

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- 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.
- Proveedores de cuidados paliativos y hospicio para pacientes que necesitan atención destinados a dar comodidad.

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 (HMO) no requiere las derivaciones. Sin embargo, algunos proveedores pueden pedir una derivación.
- Los proveedores y los médicos dentro de la red deben ayudar a nuestros miembros a obtener una autorización previa.
- 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 la Tabla 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 la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

Servicios para miembros está disponible para ayudarle a localizar un nuevo especialista o proveedor. Puede consultar una lista de los proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare, o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con una antelación mínima de 30 días que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de cuidado médico no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor para que administre su atención.

Servicios para miembros está disponible para ayudarlo a localizar un nuevo especialista o proveedor. Puede consultar una lista de los proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare, o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si elige visitar a un médico fuera de nuestra red, usted debe pagar por estos servicios. Ni el plan ni el Plan 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 recibe 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 tiene la obligación de encontrar un proveedor participante de Medicare para usted y no pagaremos la cantidad adicional que el proveedor fuera de la red le cobre.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

- 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 cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir 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 laica prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca, que pierda una extremidad o que pierda la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto como le sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener aprobación o derivación previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se ha notificado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le brinden. 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 el servicio de atención al cliente al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de urgencias de alguna otra manera podría poner su salud en peligro. Para obtener más información, vea la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan cubre la atención de emergencia en todo el mundo. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para obtener más información sobre la cobertura de atención de

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

emergencia fuera de los Estados Unidos. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto. Para obtener más información sobre la atención médica de emergencia cubierta, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención médica. 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. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores de la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos los servicios adicionales *solo* si los obtiene en una de estas dos formas:

- Usted visita a un proveedor 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 obtener estos servicios necesario de urgencia (si desea más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Los “servicios necesarios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles. La condición imprevista puede ser por ejemplo, una exacerbación imprevista de una condición conocida que usted padece.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

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 con protocolos reconocidos a nivel nacional. 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 le guiarán a la opción de atención más apropiada, que incluye:

- Consejos de enfermería o de un médico (durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Una consulta programada al médico por teléfono (también le ayuda a usar las Consultas por video)
- Una consulta de atención de urgencia (se aplica el copago por atención de urgencia)
- Una consulta de emergencia (se aplica el copago de emergencia)

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. Debe ponerse en contacto con su PCP después de cualquier consulta de atención de urgencia.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

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

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

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

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

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

Si pagó más que su parte por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener más información sobre qué hacer.

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

Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están listados en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen según las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no estaban autorizados.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos los servicios o la atención médica que está considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si los cubriremos antes de que los obtenga. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar una decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si quiere una decisión de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para cubrir los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted 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. Puede llamar a Servicios para miembros cuando quiera saber cuánto ya ha usado de su límite de beneficio.

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 contra el cáncer. Ellos evalúan medicamentos o procedimientos de atención médica nuevos por medio de buscar voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Cuando Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicar más sobre el mismo y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos del estudio y entienda bien y acepte lo que se necesita si participa 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. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que proporcionen su cuidado como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita notificarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto), para informarles que estará participando en un ensayo clínico y para averiguar información más específica sobre lo que su plan pagará.

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, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre ellos:

- Alojamiento y comida por una estancia en el hospital que Medicare pagaría 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 atención nueva.

Medicare Original paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare paga la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

A continuación, un ejemplo de cómo funciona este costo compartido: Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta \$100. Asumamos también que su parte del costo para este examen es \$20 en Medicare Original, pero el examen sería solo \$10 bajo los beneficios del plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otros documentos que muestren cuáles servicios ha recibido como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 si desea más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

- Generalmente, Medicare *no* paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aún si usted *no* estuviera en un estudio.
- Productos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- 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 mensuales como parte del estudio si su condición médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa para la atención no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para la atención no médica?

Una institución religiosa para la atención no médica es un centro que da atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar daremos cobertura para que reciba atención médica en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Usted puede decidir si busca atención médica en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio es exclusivo de los servicios de pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare pagará solamente los servicios de cuidado de la salud no médica dados por instituciones religiosas no médicas para atención médica.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica que preste atención médica

Para obtener atención de una institución religiosa para la atención no médica debe firmar un documento legal que dice que, de forma consciente, usted se opone a recibir tratamiento médico que es “no obligatorio”.

- Atención médica o tratamiento médico que “no es obligatorio” es cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no requiere* la ley federal, estatal o local.
- Tratamiento médico “obligatorio” es la atención médica o tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o que *lo requiere* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa para la atención no médica, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que dé el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si esta institución le da servicios en un centro, 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 la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Hospitalización para conocer las limitaciones de la cobertura.

SECCIÓN 7 Normas para tener equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será suyo el equipo médico duradero después de hacer un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como el equipo e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, suministros para diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección tratamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), por lo general, no tendrá posesión de los artículos de equipo médico duradero (DME) alquilado, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME a usted. Llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar cuáles son los requisitos que debe cumplir y qué documentos debe dar.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiar a Medicare Original para tener la posesión del artículo. Los pagos que haya hecho cuando estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de que regrese a Medicare Original para que sea propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando vuelva a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para obtener cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, entonces, mientras esté inscrito, Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) cubrirá:

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

Si sale de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces deberá devolver el equipo de oxígeno al propietario.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

Sección 8.2 ¿Cuáles son sus gastos compartidos? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido por la cobertura de Medicare para equipo de oxígeno es un 20% de coseguro cada mes.

Su gasto compartido no cambiará después de haber estado inscrito por 36 meses en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).

Sección 8.3 ¿Qué sucede si se retira de su plan y regresa a Medicare Original?

Si regresa a Medicare Original, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses, que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Presbyterian Senior Care Plan 1 with Rx (HMO), se integró a Senior Care Plan 1 with Rx (HMO) durante 12 meses y, después, regresó a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cobertura para equipo de oxígeno.

De forma similar, si hizo pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) y luego regresó a Medicare original, deberá pagar los gastos compartidos completos de la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)	
SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos 48
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos 48
Sección 1.2	¿Cuánto es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare? 48
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen por saldos 49
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto pagará..... 50
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro del plan 50
Sección 2.2	Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar 97
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 101
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> están cubiertos (exclusiones) 101

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de bolsillo para servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por sus facturas médicas. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera 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 acerca de los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por sus servicios cubiertos

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

- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da más información acerca de 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. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le da 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 a Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que se le está pidiendo que pague de manera indebida, póngase en contacto con Servicios para miembros.

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

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite de cuánto tiene que pagar de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 más adelante). A este límite se le llama cantidad máxima de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), la cantidad máxima que deberá pagar de bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red en 2022 es de \$4,000. 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. Si alcanza la cantidad máxima de bolsillo de \$4,000, no tendrá que pagar costos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos

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

dentro de la red. 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).

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. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldos”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún 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 recibido de un proveedor 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 visite:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará 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 y 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).
 - 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 tasa 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).
- Si cree que un proveedor le “facturó por saldos”, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto pagará

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

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben darse según los lineamientos de cobertura establecidos por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo el equipo, los suministros, los servicios y la atención médica) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención médica de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red en las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (un PCP) que está dando y monitorizando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en negrita como: “**Se necesita autorización**” o “**Se pueden aplicar normas de autorización**” o “**Se necesita autorización antes del servicio.**”
- 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 la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga *menos*. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2022*.)

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

Revíselo por Internet en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- **También cubrimos sin ningún costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo de Medicare Original. Sin embargo, si recibe tratamiento o control para alguna condición médica existente durante la consulta en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la condición médica existente.**
- Algunas veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para los servicios nuevos durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Información importante de beneficios para todos los miembros que participan en los servicios de Planificación de bienestar y atención médica (WHP)

Dado que Presbyterian Senior Care participa en un programa que cubre hospicio, usted será elegible para recibir los siguientes servicios WHP, incluyendo servicios de planificación de atención anticipada (ACP):

- Para recibir más beneficios en hospicio, su proveedor debe enviar un aviso de la elección del hospicio y un plan de atención, si corresponde. Como parte de este programa, le recomendamos que trabaje con su proveedor o el plan para completar la planificación de atención anticipada.



Usted verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido diagnóstico de 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>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor en la región lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas en estas circunstancias.</p> <p>Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con alguna 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 dar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o tiene una recaída.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>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.</p> <p>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 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 Acceder a en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y 	<p>Paga \$20 de copago por consulta</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor en la región lumbar (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 (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que aplica 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>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas de rutina, hasta 25 consultas por año 	<p>Paga \$20 de copago por consulta</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o está autorizado por el plan. Además, cubrimos los servicios de una ambulancia con licencia sin autorización previa (incluido el transporte mediante el sistema de respuesta de emergencia 911, cuando sea posible) al centro apropiado más cercano si cree que tiene una condición médica de emergencia y que su condición requiere el soporte clínico de los servicios de transporte de ambulancia. Un copago por día por viaje cuando se hace más de un viaje en un solo día. El copago no se exonera si es admitido. <p>El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si está documentado 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>Se necesita autorización para los servicios que no son de emergencia cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga \$250 de copago por viaje de ida</p> <p>Sin cargo, si es transferido de un centro a otro durante una hospitalización.</p> <p>Es posible que sea responsable del 100% de los costos incurridos cuando los servicios no sean médicamente necesarios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual 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: Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo en un período de 12 meses a partir de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de la pérdida de masa ósea o determinación de la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con 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> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de 36 sesiones por año calendario con la opción de 36 sesiones adicionales según la necesidad médica. 	Sin cargo
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la 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, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial, y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p> Chequeo de la enfermedad cardiovascular</p> <p>Los exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades 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> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: examen 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 un examen de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos cubiertos por Medicare de Papanicolaou y pélvicos.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</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 • Consultas de rutina, hasta 25 consultas por año 	<p>Paga \$20 de copago por consulta</p>
<p> Evaluación para la detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años de edad o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de examen preventivo como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen preventivo de cáncer colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario para detección como una alternativa) cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Dental básico: (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de mordida (una, dos tres cuatro imágenes): una cada 12 meses. • Serie intrabucal completa, radiografía de mordida vertical, imagen radiográfica panorámica: una cada 36 meses. Imagen intrabucal periapical. • Imagen radiográfica intrabucal oclusal: dos cada 24 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> Pruebas de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección se debe hacer cabo en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p> Pruebas de detección 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 arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también se pueden cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertos por Medicare</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
 Servicios y suministros y capacitación del autocontrol de la diabetes	
<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 para glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa* para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores 	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas 	Sin cargo
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las tiras reactivas y las lancetas se limitan a una cantidad máxima de 102 por 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y 204 por 30 días para los miembros con dependencia de insulina 	La cobertura se limita a los productos de la marca Accu-Chek
<ul style="list-style-type: none"> • 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 (adicionales a las plantillas extraíbles estándar que se dan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	Paga un 20% de coseguro
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajos ciertas condiciones. 	Sin cargo
<p>* Los monitores continuos de glucosa en la sangre (CGM) y los suministros están cubiertos en los servicios de Equipo médico duradero (DME). Se aplican las reglas de autorización. Consulte la sección de DME para obtener información del coseguro de los productos CGM.</p>	<p>Aplican reglas de autorización para los productos de monitoreo continuo de glucosa en sangre.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Encuentre la definición de “equipo médico duradero” en el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen pero no se limitan a las sillas de ruedas, las muletas, los sistemas eléctricos para colchones, los suministros para la diabetes, las camas de hospital que ordene un proveedor para el uso en casa, las bombas de infusión intravenosa, los dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, los nebulizadores y los andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor del DME en su área no usa una marca o un fabricante específico, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. Para obtener la lista más reciente de proveedores del DME disponibles en nuestro directorio de proveedores, póngase en contacto con Servicios para miembros.</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, usted le puede pedir que lo remita para una segunda opinión.)</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Sin cargo para los suministros de ostomía</p> <p>Paga un 20% de coseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá 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. Si desea más información sobre las apelaciones, vea el Capítulo 9 (<i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo (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"> • Son dados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para emergencias.</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. • Es posible que tenga que presentar una reclamación de reembolso si el proveedor no acepta facturarnos (consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7). 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Paga \$90 de copago por visita al departamento de emergencia</p> <p>Este copago no aplica si lo admiten en el hospital en el transcurso 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 paciente hospitalizado después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención <i>O</i> debe recibir la atención para paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<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 	<p>Se necesita autorización antes del servicio.</p> <p>Visitas en el consultorio del PCP: Paga \$5 de copago</p> <p>Visitas con un especialista: Paga \$50 de copago</p> <p>Sin cargo</p>
<p> Programas de educación médica y para el bienestar</p> <p>Le damos cobertura para diversos programas de asesoramiento sobre educación médica que le ayudarán a asumir una función activa en la protección y la mejora de su salud, incluidos 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>No hay coseguros, copagos, ni deducibles por programas de educación médica y para el bienestar.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
 Programas de educación médica y para el bienestar (continuación) Para obtener más información sobre nuestra orientación, clases, programas y material de formación de la salud, comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343 (TTY 711).	
Membresías del Gimnasio Healthways SilverSneakers® Membresía de SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarlo a vivir más saludable, a tener una vida más activa a través de la condición física y las relaciones sociales. Usted está cubierto con un beneficio de condición física a través de SilverSneakers en los centros participantes ¹ . Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios en grupo diseñadas específicamente en los centros participantes de todo el país ¹ . Puede tomar clases ² y usar equipo de ejercicio y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales mediante SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita es su número de identificación personal de SilverSneakers®. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. 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. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Membresías del Gimnasio Healthways SilverSneakers® (continuación)</p> <p>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.</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers Go son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc.</p> <p>© 2021 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando las da un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de audición de rutina cada año • El gasto compartido correspondiente aplicará para cualquier otro examen. 	Sin cargo
<p>Audífonos</p> <p>Hasta dos audífonos de TruHearing cada año (un dispositivo por año, por oído). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, disponibles en varios estilos y colores. Los aparatos auditivos Premium están disponibles en opciones de estilo recargable por \$50 más por aparato.</p> <p>Beneficio combinado para dentro y fuera de la red. Para los beneficios de aparatos auditivos dentro y fuera de la red se debe usar al proveedor de TruHearing. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para aprovechar este beneficio.</p> <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 	<p>Paga \$699 de copago por cada audífono para Audífonos avanzados</p> <p>Paga \$999 de copago por cada audífono para Audífonos avanzados</p> <p>Solo audífonos de la marca TruHearing</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Audífonos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Costo adicional para aparatos auditivos recargables opcionales • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no son de la marca TruHearing • Costos asociados con los reclamos de garantía por pérdida o daños <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> <p>El costo del examen auditivo de rutina y los copagos para los aparatos auditivos no están sujetos a máximo de gastos de bolsillo.</p>	
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor 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 exámenes diagnósticos durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar</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 hogar, lo que significa que salir del mismo implica un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</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 e insumos médicos <p>Presbyterian Home Health presta los servicios de atención médica en casa. Si otra agencia es la preferida, la agencia debe ser parte de la red de Presbyterian y los servicios necesitan autorización previa a través del plan médico de Presbyterian.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Sin cargo</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 esta Tabla de beneficios médicos se aplicará si el artículo está cubierto por un beneficio diferente, por ejemplo, equipo médico duradero y suministros relacionados.</p>
<p>Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de apoyo • Asistente de atención personal • Servicios de atención personal (Personal care services, PCS) <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. 	<p>Es responsable del 100% de los costos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención de una agencia de salud en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 lo siguiente, sin limitarse a ello:</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 en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • El servicio de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa 	<p>Puede ser que se requiera la autorización previa.</p> <p>Sin cargo</p> <p>Cualquier gasto compartido que corresponda también podría aplicar a los medicamentos recetados de la Parte B o la Parte D que reciba durante la cita.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Debe recibir cuidado de un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es elegible para obtener el beneficio de un centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad toma su curso normal. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de orientación prestados por trabajadores sociales autorizados y capellanes • Equipo DME relacionado con su diagnóstico terminal • Medicamentos para controlar los síntomas y analgésicos para su diagnóstico terminal • Atención en el hogar • Servicios prestados por médicos y enfermeros • Atención de relevo de corto plazo • Los beneficios de plan de atención médica de transición, normalmente para los primeros 30 días de elección de hospicio, cuando lo pide su proveedor de hospicio como parte de un plan de atención. <p><u>Para los servicios en un centro de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO).</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal:</u> Si usted necesita los servicios necesarios de no urgencia o no 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 utiliza un proveedor de nuestra red del plan:</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), no Medicare Original.</p> <p>Usted paga los gastos compartidos del plan aplicables para los beneficios de atención de transición que pidió su proveedor.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene servicios cubiertos que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red sin tener autorización previa del plan, usted debe pagar el 100% del costo de los servicios. <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 diagnóstico terminal o no. Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es de un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p>	<p>Usted paga su cantidad de costo compartido del plan por estos servicios.</p>
<p>Programa de prevención de readmisión</p> <p>Después del alta de un hospital, los servicios diseñados para ayudar a prevenir la admisión en el hospital estarán disponibles sin costo.</p> <p>Estos beneficios están disponibles solo si consulta con proveedores de hospicio dentro de la red y deben ordenarlos los proveedores de su hospicio como parte de su plan de atención.</p> <p>A menos que se especifique lo contrario, los beneficios serán prestados durante los dos primeros meses calendario después del alta e incluyen:</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), no Medicare Original.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos/modificaciones de seguridad para la casa y el baño que no siempre están cubiertos por Medicare • Comidas (máximo de 60 comidas mientras esté en el centro de cuidados paliativos) • Transporte para la atención continua en un centro de cuidados paliativos en vez de la atención de curación <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de adquirir hepatitis B • Vacuna del COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Aplican algunas restricciones para las inmunizaciones e incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la gripe de alta dosis 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la neumonía, influenza, hepatitis B ni para la vacuna del COVID-19.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p> <p>No está cubierto para miembros menores de 65 años.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados empieza el día en que lo hospitalizan formalmente con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente hospitalizado.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Por admisión, paga \$325 de copago por día, desde el día 1 al 5.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (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) • Alimentación, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos 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 de abuso de sustancias de paciente hospitalizado • Bajo 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 sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante en nuestra red son fuera del patrón de atención comunitario, 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>No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de médicos <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si lo admiten en el hospital en el 2021 y recién le dan de alta en algún momento en el 2022, el costo compartido del 2021 se aplicará a esa admisión hasta que le den de alta del hospital o el centro de enfermería especializada.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía se cubrirá, pero pagará la cantidad de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.</p> <p>Nota: Para que se le considere un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarle al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren estancia en un hospital.</p> <p>Para organizar los servicios cubiertos, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p>Si recibe atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de que se estabiliza su emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si lo admiten en el hospital en el 2021 y recién le dan de alta en algún momento en el 2022, el costo compartido del 2021 se aplicará a esa admisión hasta que le den de alta del hospital o el centro de enfermería especializada.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita internación después de que su condición emergente sea estabilizada, debe trasladarse a un hospital de la red con el fin de pagar el monto de costo compartido de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía se cubrirá, pero pagará la cantidad de costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Por admisión, paga \$325 de copago por día, desde el día 1 al 5.</p> <p>No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un SNF durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos dicha estancia. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales 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 (incluido el tejido contiguo) o toda o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido 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>Es responsable del 100% de los costos.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica (continuación)</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante su primer año de recibir servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage, o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, su tratamiento o su diagnóstico cambian, existe la posibilidad de recibir 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>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p> <p>Es responsable del 100% de los costos.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP se cubrirán para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos 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>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) (continuación)</p> <p>Para obtener más información sobre el Programa de prevención de la diabetes de Medicare, comuníquese con Solutions Group llamando al (505) 923-5454 para dejar un mensaje (TTY 711) o envíeles un correo electrónico a wellness@phs.org.</p>	
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos de conformidad con la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médico, de paciente ambulatorio del hospital, o de centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. • También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte B. • Medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia • Immunosuppressive Drugs, if you were enrolled in Medicare Part A at the time of the organ transplant • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si usted está confinado a su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra la náusea 	<p>Algunos medicamentos de la Parte B de Medicare requieren autorización previa.</p> <p>Los medicamentos también podrían estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Usted paga \$10 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>Paga un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B que los administra un proveedor.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis en la casa, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Los medicamentos o las categorías de medicamentos que podrían estar sujetos a terapia escalonada incluyen: Prolia, Viscosupplementation, Botox, Filgrastim, Pegfilgrastim, Inmunoglobulins, Rituximab, Avastin. Esta lista está sujeta a cambios, visite el enlace de abajo para ver la versión más actualizada <p>El siguiente enlace lo lleva a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.phs.org/Medicare</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta médica de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta médica estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta médica de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</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>
<p>Línea directa de enfermería – PresRN</p> <p>Tiene acceso de miembro a PresRN, un servicio de la línea de asesoramiento de enfermeros que está disponible las 24 horas al día, siete días a la semana, incluyendo feriados.</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección 3.2.</p> <p>(505) 923-5573</p> <p>(Sujeto a los cargos de llamada local/larga distancia aplicables, dependiendo de su plan de teléfono).</p>	<p>Sin cargo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Pruebas de detección y terapia de obesidad para promover una 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 asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y la terapia preventiva.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<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) • Asesoramiento para el abuso de sustancias • Terapia individual y en grupo • Exámenes toxicológicos • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas 	<p>Paga \$0 de copago por consulta</p>
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes 	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Sin cargo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Evaluación y pruebas de alergias • Inyecciones para alergias • Pruebas de alergia y materiales de tratamiento administrados durante una consulta cubierta • Mamografías de diagnóstico • Derivación de estudios de eco de tensión a tensión nuclear • Electrocardiograma • Electroencefalogram • Cardiología nuclear • Estudios del sueño 	
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y ultrasonidos 	Paga \$20 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • 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) • Medida de masa ósea <ul style="list-style-type: none"> ○ Para obtener información de densitometría ósea, consulte los servicios de “medidas de masa ósea” en esta tabla. 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Paga \$300 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le puede dar alta.</p> <p>Para que los servicios de supervisión hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, es necesario que cumplan con los criterios de Medicare y que se consideren razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de certificación y los estatutos del personal del hospital para ingresar a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Paga \$90 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, sin limitarse a ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Radiografías, ultrasonidos y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo 	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Consultas en la sala de emergencias: Hace un copago de \$90 por visita</p> <p>Cirugía de paciente ambulatorio: Paga \$325 de copago cuando se hace en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>Sin cargo para las consultas de terapia individual o grupal</p> <p>Paga \$50 de copago por la hospitalización parcial para el tratamiento psiquiátrico</p> <p>Paga \$20 de copago</p> <p>Sin cargo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aún si usted permanece en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si Tiene Medicare - ¡Pregúntelo!” Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental dados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico, u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p> <p>Es posible que reciba un número ilimitado de sesiones de terapia individual y grupal.</p> <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 para cada consulta de terapia individual o grupal</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>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>Paga \$20 de copago por cada consulta</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Los servicios de consumo de sustancias dados por un psiquiatra o un médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especializado, un enfermero especializado, un ayudante de médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p> <p>Damos tratamiento y servicios de asesoramiento para diagnosticar y tratar el consumo de sustancias, incluidas:</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</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que se le admita en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado como paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Paga \$325 de copago</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se da como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	<p>Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p>Paga \$50 de copago por la hospitalización parcial para el tratamiento psiquiátrico</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al 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 dados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico 	<p>Operación ambulatoria de paciente ambulatorio: Paga \$325 de copago</p> <p>Visita en el consultorio del PCP/otros profesionales de atención médica: Paga \$5 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía 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 enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los da un médico) • Ciertos servicios de telesalud incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ PCP/otros servicios de profesionales de atención médica, servicios de especialistas ○ Servicios de rehabilitación ambulatoria, incluyendo terapia física, ocupacional, y del habla y el lenguaje ○ 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 <p>Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud.</p> <p>Si quiere recibir uno de estos servicios por telesalud, debe comunicarse con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</p> <p>Los gastos compartidos para otros tipos de servicios de telesalud son los mismos que para los servicios prestados en persona.</p>	<p>Visitas con un especialista: Paga \$50 de copago</p> <p>Sin cargo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis en la casa en un centro de diálisis renal con base en un hospital o de acceso crítico con base en un hospital, en un centro de diálisis renal o en su casa 	<p>Sin cargo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de dónde esté • Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno de consumo de sustancias o trastornos de salud mental simultáneos, independientemente de dónde esté • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono videoconferencia) con su médico durante 5 a 10 minutos, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La consulta no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La consulta breve no da lugar a una visita en la clínica en un 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 dentro de un plazo de 24 horas, si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo y ○ La evaluación no se relaciona con una consulta en la clínica en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una visita en la clínica dentro de un plazo de 24 horas o la fecha más próxima disponible para cita • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico 	
<p>Consultas por video</p> <p>Con las Consultas por video tendrá acceso a los proveedores de atención médica con licencia en Nuevo México, en cualquier momento, sin cita previa, desde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa • Oficina • Otra ubicación con datos móviles o acceso Wi-Fi 	Sin cargo

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <p>Programa una cita desde su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computadora (con una cámara web que funcione) • Teléfono inteligente • Tableta <p>Atención primaria/especializada profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciba un diagnóstico para enfermedades que no son urgentes, como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alergias ○ Fiebres ○ Gripe ○ Garganta irritada • Reciba recetas médicas (cuando sea clínicamente apropiado) <p>Hable con un proveedor en servicio las 24 horas del día, los 365 días del año. Las Consultas por video son seguras, confidenciales y cumplen con todas las reglamentaciones de privacidad médica.</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) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	Sin cargo
<p> Prueba de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, 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 para una prueba anual de PSA.

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de próstata (continuación)	El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.
Dispositivos prostáticos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, los marcapasos, los aparatos ortopédicos, los zapatos ortopédicos, las extremidades artificiales y las prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de estas prótesis. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas - consulte “Cuidado de Visión” más adelante en esta sección para mayores detalles.	Se pueden aplicar normas de autorización. Sin cargo para suministros médicos protésicos como artículos de ostomía, vendajes quirúrgicos, férulas y yesos que el miembro no pueda volver a usar Para todos los otros suministros médicos protésicos se aplicará el 20% de coseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) entre moderada y muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de su enfermedad respiratoria crónica. <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de 36 sesiones por año calendario con la opción de 36 sesiones adicionales según la necesidad médica. 	Sin cargo
Programa de prevención de readmisión Los beneficios son solo para los miembros que tienen un evento de hospitalización o centro de enfermería especializada sin cargo. Los miembros se evalúan para obtener los beneficios apropiados antes de darlos de alta.	Dentro de la red: Sin cargo Fuera de la red: Este beneficio no está disponible.

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Programa de prevención de readmisión (continuación)</p> <p>Este programa está diseñado para tratar mejor a los miembros con condiciones clínicamente complejas y prevenir intervenciones médicas más complejas o costosas. Las personas que cumplan con los criterios establecidos por nuestro plan calificarán para obtener beneficios adicionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de seguridad para baños que no suelen estar cubiertos por Medicare • Evaluación de seguridad en la casa • Comidas (un máximo de 30) • Transporte al médico después del alta <p>Los servicios están cubiertos para los primeros 30 días después del evento del hospital o el centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).</p>	
<p> Exámenes físicos de rutina</p> <p>Las pruebas físicas de rutina están cubiertas si el examen es médicamente apropiado, y la atención preventiva se hace de acuerdo con las normas profesionales de práctica generalmente aceptadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno por año calendario 	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible por un examen físico de rutina.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluyendo las mujeres embarazadas) que usan el 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 asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de control cubierto por Medicare y el asesoramiento para reducir el beneficio preventivo abuso de alcohol.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol (continuación)</p> <p>Para coordinar los servicios cubiertos, póngase en contacto con la línea de Salud del comportamiento al 1-800-424-4657.</p>	
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco durante al menos 30 años y que, actualmente, fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años; quienes reciben una orden por escrito de una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la evaluación de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas consultas y la dé un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>En el caso de las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT luego del examen preventivo con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito de un examen preventivo de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede dar durante una visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay copago, coaseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Cubrimos pruebas de detección para las enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI.</p> <p>Nosotros cubrimos exámenes de infecciones de transmisión sexual (STI) para detectar la clamidia, la gonorrea, la sífilis, y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de una STI cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos cada año, hasta dos sesiones individuales cara-a-cara intensivas de 20 a 30 minutos de duración, de consejos del comportamiento para adultos sexualmente activos y presentando riesgos de contraer STIs. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento 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 para la prueba de detección cubierta por Medicare para las STI y consejería para el beneficio preventivo de STI.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según lo que se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le admite como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) 	<p>Paga un 20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Por admisión, paga \$325 de copago por día, desde el día 1 al 5.</p> <p>No hay ningún cargo por el resto de su estadía cubierta en el hospital y no hay límite en el número de días cubiertos por el plan según la necesidad médica.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 son remitidos por sus médicos, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia. • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en la casa (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>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 médica de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de “Atención en un centro de enfermería especializada”, consulte en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces “SNF”).</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, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Por ingreso, usted paga: Sin cargo para el día 1 al 20</p> <p>\$95 de copago por día, desde el día 21 al 65</p> <p>Sin cargo, desde el día 66 al 100</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente dan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Rayos X 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/profesional <p>Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar en costos de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que dé atención de centro de enfermería especializada). • Una SNF donde su cónyuge viva en el momento que salga usted del hospital. 	<p>Usted está cubierto hasta por 100 días en SNF. Es responsable del 100% de los costos de los 101 días en adelante por admisión.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar 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 asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco, o toma medicamentos que el tabaco podría afectar:</u> Cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos asesoría para dos intentos para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p>Quit for Life® es el programa líder nacional para dejar de fumar que ayuda a los participantes a superar las adicciones físicas, psicológicas y conductuales al tabaco mediante entrenamiento, terapia de reemplazo de nicotina (según corresponda), un programa personalizado para dejar de fumar y una comunidad en línea de apoyo. Contamos con servicios telefónicos y por Internet para dejar de fumar.</p> <p>Para obtener más información sobre el programa Quit for Life®, llame a 1-866-QUIT.4.LIFE o visite www.quitnow.net.</p> <p>Clickotine es una aplicación móvil que le ayuda a crear e implementar un plan para dejar de fumar y superar las ansias por la nicotina.</p> <p>Llame a Servicios para miembros al número que está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para obtener más información sobre cómo acceder a la aplicación Clickotine. También puede visitar www.clickotine.com para obtener más 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 usar tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD.</p> <p>Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada/especialista de enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante 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</p> <p>Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.</p> <p>El costo compartido por servicios necesarios de urgencia dados fuera de la red es el mismo para esos servicios dados dentro de la red.</p>	<p>Dentro de la red: Paga \$15 de copago por consulta.</p> <p>Fuera de la red: Hace un copago de \$65 por visita</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios necesarios de urgencia (continuación)</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> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="215 1129 607 1163">• Un examen de rutina anual <li data-bbox="215 1346 976 1591">• Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido 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 <li data-bbox="215 1604 976 1850">• Para las personas que están en 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 	

Sin cargo

El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.

Paga \$10 de copago

Sin cargo

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p> Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Asignación de anteojos y lentes con receta, de rutina, para monturas, anteojos, lentes de contacto y ajustes para los lentes de contacto cuando se suministran en el consultorio de un proveedor dentro de la red. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le hacen dos operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar dos anteojos después de la segunda operación). 	<p>Sin cargo</p> <p>Asignación de \$250 por año</p> <p>Paga un 20% de coseguro</p>
<p> Visita de prevención “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otra atención si se necesita.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El costo compartido aplicable se aplicará a cualquier servicio no preventivo que reciba durante esta consulta.</p>

<p>Sección 2.2 Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que usted puede comprar</p>

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y no incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. 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.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Tabla de beneficios suplementarios opcionales:**

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
<p>Plan dental completo</p> <p>Nuestro Plan dental completo opcional es complemento del Plan dental básico en el que usted estará inscrito automáticamente.</p> <p>(Para obtener más información de lo que cubre su Plan dental básico, consulte la línea de “Servicios dentales” arriba en la Tabla de beneficios médicos.)</p> <p>El Plan dental completo da beneficios dentales que no están cubiertos por Medicare Original.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay deducibles ni período de espera. • El beneficio máximo del año calendario es de \$4,000 por servicios cubiertos prestados solo dentro de la red. Usted es responsable de cualquier servicio que preste un proveedor que no esté en la red. <ul style="list-style-type: none"> ○ Esta cantidad no se toma en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo del plan que se detalla en el Capítulo 4, Sección 1.2. ○ Usted es responsable de cualquier servicio que exceda el máximo anual. ○ La parte no usada del máximo anual no se transfiere al beneficio del año siguiente. • Servicios cubiertos (20% de coseguro): <ul style="list-style-type: none"> ○ Empastes de amalgama y resina, infiltración de resina en lesiones incipientes de superficie lisa: 1 por superficie del diente/24 meses ○ In/Onlays: 1 por diente/60 meses ○ Restauraciones de protección: 1 por diente/toda la vida. ○ Nueva cementación o adhesión del inlay, onlay, restauración parcial, corona: 1 por diente/24 meses ○ Extracciones y coronectomía: 1 por diente/toda la vida. ○ Ajuste de dentadura: dos ajustes por arco/12 meses 	<p>Paga un 20% de coseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
Plan dental completo (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos (20% de coseguro): (continuación) <ul style="list-style-type: none"> ○ Reparación de dentadura: 1 por arco/12 meses ○ Reparación de base o montura o reemplazo de diente o gancho faltante o roto, agregar un diente o gancho en la dentadura: 1 por diente/12 meses ○ Rebasado y desgastado de dentadura: 1 cada 36 meses ○ Acondicionamiento del tejido: 1 cada 60 meses después de la nueva dentadura. ○ Nueva cementación, reparaciones de dentaduras parciales: 1 cada 24 meses 	Paga un 20% de coseguro
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios cubiertos (50% de coseguro): <ul style="list-style-type: none"> ○ Coronas, muñones, pines de retención por diente, pernos y muñones, cada perno adicional: 1 por diente/60 meses ○ Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración: 1 cada 24 meses ○ Pulpotomía y desbridamiento pulpar macroscópico del diente: 1 por diente/toda la vida. ○ Tratamiento de endodoncia y nuevo tratamiento de una endodoncia anterior: 1 por diente/toda la vida ○ Apicectomía/cirugía periapical: 1 por diente/toda la vida. ○ Empaste retrógrado: 1 por diente/toda la vida. ○ Gingivectomía-gingivoplastia, procedimiento gingival a colgajo: 1 por cuadrante/36 meses ○ Alargamiento quirúrgico de la corona: 1 por diente/toda la vida. ○ Raspado y alisado periodontal de la raíz: 1 por cuadrante/36meses ○ Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses ○ Cierre de la fistula buco-antral, cierre primario de una perforación de senos paranasales: 2 por arco/toda la vida. ○ Alveloplastia: 1 por cuadrante/toda la vida. ○ Vestibuloplastia: 1 por arco/toda la vida ○ Remoción de exostosis lateral (maxila o mandíbula): 2 por arco/toda la vida. 	Paga un 50% de coseguro

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

Servicios cubiertos	Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios
Plan dental completo (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Remoción de Torus Palatinus: uno de por vida. ○ Reducción de tuberosidad ósea, remoción de torus mandibularis: 2 de por vida. ○ Frenulectomía, frenuloplastia, escisión de tejido hiperplástico: 1 por arco/toda la vida ○ Escisión gingival pericoronaria: 1 por diente/toda la vida. ○ Dentadura postiza removible: completa, parcial, inmediata, sobredentadura: 1 cada 60 meses. ○ Dentaduras parciales fijas: puentes y retenedores, coronas retenedoras: 1 cada 60 meses ○ Visitas a un profesional o en casa, centro de atención de largo plazo, centro de cirugía ambulatoria u hospital: 1 por fecha de servicio, 6/año ○ Consulta: 1 por proveedor/año ○ Aplicación de medicamento desensibilizante: 2 cada 12 meses. ○ Modelo montado para análisis oclusal, ajuste completo: 1 cada 60 meses ○ Ajuste oclusal limitado: 1 cada 12 meses 	Paga un 50% de coseguro
<p>Si desea estos beneficios dentales suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional de \$9 al mes.</p>	
<p>Puede inscribirse en el Plan dental completo en cualquier momento y su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para obtener información sobre cómo inscribirse, puede comunicarse con Servicio al Cliente (los teléfonos de servicio al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).</p>	
<p>Si cancela su inscripción en el Plan dental completo durante el año, debe esperar hasta el siguiente período de inscripción anual para volver a inscribirse. Para obtener información sobre cómo cancelar la inscripción de su plan, puede comunicarse con Servicio al Cliente (los teléfonos de servicio al cliente están impresos en la contracubierta de este folleto).</p>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que no están cubiertos (exclusiones)**

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

El cuadro a continuación enumera los servicios y productos que no están cubiertos por ninguna condición o están cubiertos solo por condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en el cuadro a continuación, excepto según las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si un servicio del cuadro a continuación se encuentra bajo apelación para que sea un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información acerca de cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de esta publicación.)

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de abajo.

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto para dolor lumbar crónico</p>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		mastectomía, y también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
<p>La atención de apoyo es atención personal que se da en un asilo de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado de compañía es la atención personal que no necesita atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como atención para ayudar con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos</p> <p>Los artículos y los procedimientos experimentales son aquellos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Medicare Original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su casa	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Entrega de comidas en su hogar	✓	
Los servicios de ama de llaves incluyen los cuidados básicos en el hogar, entre los cuales están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos.	✓	
Beneficios de plan de cuidados de transición al hospicio, normalmente para los primeros 30 días de elección de hospicio.		<p style="text-align: center;">✓</p> Cuando lo pida su proveedor de hospicio dentro de la red como parte de su plan de atención.
Programa de prevención de readmisión en el hospicio		<p style="text-align: center;">✓</p> Cuando lo pida su proveedor de hospicio dentro de la red como parte de su plan de atención.
Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternos)	✓	
Atención dental que no es de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> La atención dental que no es de rutina que se requiere para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.
Beneficios dentales completos suplementarios opcionales	<p style="text-align: center;">✓</p> Injertos de hueso, procedimientos cosméticos, implantes y todos los servicios relacionados,	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
	servicios que no se incluyen en el Capítulo 4, sección 2.2.	
Beneficios dentales completos suplementarios opcionales		<p style="text-align: center;">✓</p> Consulte los beneficios dentales completos en el Capítulo 4, sección 2.2.
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> Si los zapatos son parte de una prótesis de pierna y se incluyen en el costo de la prótesis o los zapatos son para una persona 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	✓	
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente	✓	
Atención de rutina de los pies		✓

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con las directrices de Medicare, (p. ej., si tiene diabetes)
Aparatos auditivos y exámenes para ajustar los aparatos auditivos.		<p style="text-align: center;">✓</p> Solo aparatos auditivos de la marca TruHearing y proveedores
Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
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	✓	
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)	✓	
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	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
que se describan en la Tabla de beneficios médicos		
Terapia de quelación	✓	
Consultas por beneficios no cubiertos	✓	
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		✓ Si no está cubierto por Medicare (por ejemplo, suministros para ostomías o diabetes)
Medicamentos que no cumplen con la definición de medicamentos de la Parte B o la Parte D	✓	
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)		✓ 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	✓	
Artículos de anteojos y lentes de rutina, con receta.		✓ Cantidades mayores de los \$250 de asignación anual para anteojos y lentes con receta, de rutina.

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Terapia de masajes		<p style="text-align: center;">✓</p> Excepto cuando lo hace un fisioterapeuta según las directrices de CMS.
Nuevos procedimientos médicos, procedimientos de atención de salud mental, medicamentos farmacéuticos y dispositivos (o los ya existentes que se usan de forma diferente)		<p style="text-align: center;">✓</p> 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	✓	
Medicamentos con receta médica para el tratamiento ambulatorio de disfunción sexual, incluida la disfunción eréctil, la impotencia y la anorgasmia o la hiporgasmia	✓	
Medicamentos de venta libre como vendas, medicamentos para la tos/gripe, analgésicos y vitaminas	✓	
Reemplazo de medicamentos por pérdida, robo, daño o destrucción	✓	
La atención de rutina no asociada con el estudio clínico está sujeta a	✓	

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
todos los términos, las condiciones y las restricciones, las exclusiones y otras coberturas de nuestro plan		
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	✓	
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		✓ A menos que esté autorizado como parte del Programa de prevención de readmisión descrito en la Tabla 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	✓	
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		✓ 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

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

Servicios que Medicare no cubre	No están cubiertos por ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
<p>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>		<p>responsables de nuestros montos de costo compartido.</p>
<p>Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Excepto cuando se considera médicamente necesario y está cubierto por Medicare Original</p>
<p>Medicamentos con receta médica para pacientes ambulatorios para llevar a casa</p>		<p style="text-align: center;">✓</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>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>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</p>

CAPÍTULO 5

*Cómo pedirnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
haya recibido por servicios
médicos cubiertos*

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos	112
Sección 1.1	Si paga nuestra parte del costo del plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos el pago	112
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que recibió	114
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para un pago	114
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	114
Sección 3.1	Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio y cuánto le debemos	114
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, puede presentar una apelación.....	115

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por sus servicios cubiertos****Sección 1.1 Si paga nuestra parte del costo del plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos el pago**

Algunas veces cuando usted recibe cuidados médicos, tal vez tenga que pagar el costo total en ese momento. En otras ocasiones, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En cualquiera de estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago (devolverle el pago con frecuencia se llama “reembolso”). 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 ocasiones cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que ya recibió. En muchos casos, debe enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

A continuación encontrará 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 recibió.

1. Cuando recibió atención médica necesaria de urgencia o de emergencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir los servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor forma parte de nuestra red. Cuando recibe servicios necesarios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable solamente del pago de su parte del costo, no del costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga 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 realizado.
- A veces puede recibir una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos

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

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

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama “facturación de saldos”. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) aplica aún si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aún si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor 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 de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y debe solicitarnos que le devolvamos el pago por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo 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 enviarnos la documentación para que nos encarguemos del reembolso.

Llame a Servicios para miembros para obtener información adicional sobre cómo pedirnos que le devolvamos el pago y las fechas de vencimiento para hacer su solicitud. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud para un pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamo para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- 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. (Los números de teléfono para Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier facturas o recibos a esta dirección:

Presbyterian Senior Care (HMO)
P.O. Box 27489
Albuquerque, NM 87125-7489

Debe presentarnos su reclamo dentro de un año de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Póngase en contacto con Servicios para miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué tenía que haber pagado o si recibe facturas con las que no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamar si quiere darnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

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

Capítulo 5. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos

- Si decidimos que los cuidados médicos están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener los cuidados, pagaremos por nuestra porción 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. (El Capítulo 3 explica las reglas que usted debe seguir para obtener sus 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. En su lugar, le enviaremos una carta que explica las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó 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 considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si nunca presentó una apelación, le será útil leer la Sección 4 del Capítulo 7. La Sección 4 es una sección de introducción que explica el proceso para las decisiones de coberturas y apelaciones y da las definiciones de los términos como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar la Sección 5.3 para saber cómo presentar una apelación para el reembolso por un servicio médico.

CAPÍTULO 6

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	118
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	118
Sección 1.1	Debemos darle información de una manera adecuada para usted (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.).....	118
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos	119
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	119
Sección 1.4	Debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	121
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	122
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado	124
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	125
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	125
SECCIÓN 2	Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades	126
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	126

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

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

Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas de miembros discapacitados y que no hablan inglés. Esta información está disponible en español sin cargo. También podemos ofrecerle la información en braille, en letra grande u otro formato alternativo si costo, si usted lo necesita. Se nos requiere que le demos información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal con Servicios para miembros. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina para Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta *Evidencia de cobertura* o con este correo, o puede ponerse en contacto con Servicios para miembros para obtener información adicional.

Sección 1.1 Debemos darle información de una manera adecuada para usted (en otros idiomas distintos al inglés o en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de una manera adecuada para usted, llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para contestar preguntas de miembros con discapacidades o que no hablan inglés. También podemos darle información en español u otros formatos alternativos sin costo alguno, si los necesita. Tenemos que darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si le es difícil conseguir información en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una reclamación a Presbyterian Senior Care (los números de teléfono están

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

en la contraportada de este folleto). Además, puede presentar una queja al Programa Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o si va directamente a la Oficina de Derechos Civiles. Los datos de contacto están en esta misma Evidencia de la cobertura o en este envío, o se puede comunicar con el centro de atención al cliente para conseguir más información.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que se encuentre dentro de la red del plan para dar y coordinar sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más acerca de esto). Llame a Servicios para miembros para obtener información sobre los médicos que están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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 a los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un periodo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este folleto indica lo que usted puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 7, Sección 4 le dice lo que puede hacer.)

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, al igual que su expediente médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información médica a alguien que no le está dando o pagando su atención, *estamos obligados a obtener el permiso escrito de usted primero*. El permiso escrito puede entregarlo usted o cualquier persona a quien usted le haya dado autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud a las agencias del gobierno que verifican 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 divulga su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede consultar 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 corrijamos su expediente médico. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud 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 Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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 desea una copia impresa, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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. (Como se ha explicado anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en otros idiomas además de inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si quiere los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener más información detallada sobre nuestros proveedores, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.phs.org/Medicare.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción a sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto).

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, usted puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación aunque hubiera recibido el servicio médico de un proveedor fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado acerca de qué servicio médico está cubierto para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión por medio de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo está sin cobertura para usted de la manera en que cree que debería cubrirse, consulte el Capítulo 7 de este folleto. Ese capítulo le da los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 7 también le indica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras preocupaciones).
 - Si usted desea solicitar que nuestro plan pague su porción de una factura que usted haya recibido por cuidados médicos, consulte el Capítulo 5 de esta publicación.

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

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 cuando busca atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho de que le hablen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u 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.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Recibir una explicación si le rechazan la cobertura de atención.** Tiene derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que considera debería recibir. Para recibir esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 7 de este folleto le indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

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

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

Los documentos legales que puede usar para dar sus indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos llamados “**testamento vital**” y “**poder legal para atención médica**” son ejemplos de las instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar un formulario de “instrucciones anticipadas” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener instrucciones anticipadas, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para miembros para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Deberá considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dé copias a las personas apropiadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la encargada de tomar decisiones por usted si usted no lo puede hacer. Puede ser que también desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó un formulario de instrucciones anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

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

Recuerde, usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluyendo si desea firmarlo si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle si usted firmó o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones que allí se indican, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Nuevo México al número o la dirección listado abajo:

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

Administración de incidentes del Departamento de Salud de Nuevo México
Agencia, abuso, negligencia y denuncia de explotación
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

Administración de incidentes del Departamento de Salud de Nuevo México
Centros y hospitales de la Agencia
1-800-752-8649
nmhealth.org/contact/report

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o preocupación sobre sus servicios o atención cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se dan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez usted tenga que solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura, o presentar una queja. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

información, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

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

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte 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. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- También puede pedir una copia de nuestra declaración de Derechos y responsabilidades y hacernos recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades del miembro.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada, “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación puede encontrarse 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. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta publicación de *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y qué es lo que usted paga.
- **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.** Póngase en contacto con Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir las normas que establecen Medicare para asegurarnos de que está utilizando toda su cobertura en combinación cuando obtiene sus servicios cubiertos de parte de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque consiste en la coordinación de los beneficios médicos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio médico que tenga a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la “Coordinación de beneficios”, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **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 al darles información, hacer preguntas y llevar control de su atención médica.**

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores médicos le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y de la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
- Asegúrese de que sus médicos están al tanto de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos no recetados, vitaminas, y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros del plan.
 - Para la mayoría de nuestros servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4 se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos.
 - Si usted obtiene cualquier cuidado médico que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que usted tenga, deberá pagar el costo total.
 - Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión denegando cobertura para un servicio, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 7 de este folleto para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- **Indíquenos si se muda.** Si se va a trasladar, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - **Si usted se muda fuera del área de servicios de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan** (El Capítulo 1 le habla de nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si usted se retira de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual puede afiliarse a otro plan de Medicare disponible en su nueva área. Le podemos informar si tenemos un plan en su nueva área.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o preocupaciones, llame a Servicios para miembros.** También agradecemos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios para llamar al servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para mayor información acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 7

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

**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)**

ANTECEDENTES	133
SECCIÓN 1	Introducción
	133
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación.....
	133
Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales?
	133
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros
	134
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....
	134
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?
	135
Sección 3.1	¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas?
	135
DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES	136
SECCIÓN 4	Una guía para los aspectos básicos sobre las decisiones de cobertura y apelaciones
	136
Sección 4.1	Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: perspectiva general
	136
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....
	137
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo da la información de su situación?
	138
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
	139
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
	139
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere).....
	140
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan).....
	144

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

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2	148
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	151
SECCIÓN 6	Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	152
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	152
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	154
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	157
Sección 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una Apelación de Nivel 1?	158
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto	162
Sección 7.1	<i>Esta sección solo es sobre cuatro servicios: Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de servicios de enfermería y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	<i>162</i>
Sección 7.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	163
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	163
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	166
Sección 7.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	167
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles posteriores	171
Sección 8.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	171
CÓMO PRESENTAR QUEJAS		172

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

SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicios para miembros u otras preocupaciones.....	172
Sección 9.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	173
Sección 9.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”	174
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	175
Sección 9.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad	176
Sección 9.5	También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	176

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****ANTECEDENTES****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación**

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para lidiar con los problemas y preocupaciones:

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

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar justicia y un manejo inmediato de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que debemos respetar usted y nosotros.

¿Cuál utiliza usted? Depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

Existen 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 explica las normas y procedimientos legales que utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja fromal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y algunas veces de mucha importancia, que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando está tratando con su problema y obtendrá la ayuda o información correctas para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos los términos legales cuando damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

**SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno
que no tienen conexión con nosotros**

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces puede ser confuso comenzar o dar seguimiento a través del proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Busque ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones también puede ser que desee ayuda o una guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado a los consejeros de todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros en este programa le pueden ayudar a comprender qué proceso debería utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y ofrecerle una guía sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación encuentra dos formas para obtener información directamente de ellos:

- 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿Qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? O ¿debe usar el proceso para presentar quejas?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La guía a continuación será de ayuda.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o preocupación específico, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica acerca de decisiones de cobertura y apelaciones.”**

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

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

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****DECISIONES SOBRE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía para los aspectos básicos sobre las
decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones:
perspectiva general**

El proceso para decisiones de cobertura y apelaciones resuelve problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluyendo problemas relacionados con los pagos. Este es el proceso que usted utiliza para los asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en la que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

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. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también se puede comunicar con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a darle atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea 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 descartará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa 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 descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cobertura en su nombre cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos tal vez decidamos que un servicio no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esa decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

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

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para confirmar si seguimos todas las normas apropiadamente. Su apelación la manejan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que mencionaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o expedita o apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas se descartará una solicitud de apelación, lo que significa 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 descartamos una solicitud de apelación, enviaremos un aviso explicando por qué se descartó la solicitud y cómo pedir la revisión del rechazo.

Si denegamos toda o una parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 la hace una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si 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.

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

¿Desea ayuda? Estos son los recursos que pueden serle útiles si decide solicitar cualquier clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **obtener ayuda gratis** del Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede solicitar un pedido por usted.**
 - 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 su apelación es rechazada al Nivel 1, automáticamente se transmitirá al Nivel 2. Para solicitar una apelación después del Nivel 2, se debe nombrar a su médico como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante bajo la ley estatal.
- Si quiere que un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “Designación 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.) El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que le represente.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le 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 da la información de su situación?

Existen tres diferentes tipos de situaciones en cuanto a decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le damos los detalles de cada una en una sección separada:

- 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 para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera 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 solo para estos servicios: atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)*)

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales como su SHIP (el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto incluye los números de teléfono para este programa).

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de
cobertura o presentar una apelación**

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para los principios básicos de las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones*)? Si no, le recomendamos que la lea antes de empezar esta sección.

**Sección 5.1 Esta sección le indica qué 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 servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*. Para facilitar las cosas, generalmente hablamos sobre “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios médicos” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes normas se aplican a la solicitud para un medicamento con receta médica de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta médica de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y los servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si está en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está obteniendo determinada atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Recibió atención médica que considera que el plan debe cubrir, pero dijimos que no pagaremos esta atención médica.
4. Recibió atención médica, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le indicó que la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente, será reducida o detenida y, considera que reducir o detener esta atención podría dañar su salud.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida 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 otra sección de este capítulo ya que para esos tipos de atención aplican reglas especiales. Esto es lo que debe leer en estas situaciones:

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

- Capítulo 7, Sección 6: *Cómo pedir que cubramos una estancia en el hospital más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.*
- Capítulo 7, Sección 7: *Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos, si usted piensa que su cobertura terminará demasiado pronto.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).

Para *todas las otras* situaciones que tienen que ver con que se le haya dicho que la atención médica que ha recibido va a detenerse, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica o los servicios que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2 .
Si ya le hemos dicho que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado.	Puede poner una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Avance a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Avance a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o dé la cobertura de atención médica que quiere)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura es acerca de sus cuidados médicos, se denomina una **“determinación de la organización.”**

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

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

Términos legales

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

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para hacer su petición de que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando pida una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Generalmente, utilizamos fechas límites estándar para darle nuestra decisión

Cuando damos nuestra decisión, utilizamos las fechas límite “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límite “rápidas”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud de **un servicio o un artículo médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más para un servicio o un artículo médico** si pide más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores de fuera de la red) que le pueda ser beneficiosa. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).

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

Si su condición de salud lo requiere, solicite que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de 24 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si vemos que falta información que pudiera beneficiarlo (como registros médicos de proveedores de fuera de la red), o si necesita tiempo para obtener información para que nosotros la examinemos. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.) Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si pide una cobertura de atención médica *que aún no recibió*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si usar las fechas límite estándar *podría ocasionar un daño médico grave o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere 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 su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en vez).
 - Esta carta le dirá que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo 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. (El proceso para presentar una queja

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

es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)

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

Fechas límite para una “decisión rápida sobre cobertura”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida respecto a una solicitud de un artículo o un servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 9 de este capítulo.)
 - Si no le damos nuestra respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 24 horas si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B, tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una explicación por escrito detallada de por qué hemos dicho que no.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Generalmente, para una decisión de cobertura rápida respecto a una solicitud de un artículo o un servicio médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de 72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - Para pedir un artículo o un servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“un período extendido”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos demorarnos por más tiempo para tomar la decisión de cobertura, se lo haremos saber por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario (o si hay un período extendido, al final de ese período), o 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B, tiene el derecho de apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **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 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos -y posiblemente cambiemos- esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que continuará hacia el Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte

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

la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica.*

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede pedir una apelación al llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica.*)
 - Si ha hecho que alguien que no sea su médico apele nuestra decisión, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante autorizando a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. 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 en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de descartar su apelación.
- **Si pide una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica.*)
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un período de 60 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para indicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple la fecha límite y tiene un buen motivo, cuando haga su apelación, explique el motivo de la tardanza para presentarla. Podemos darle más tiempo para hacer su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con la fecha límite incluyen si tuvo una enfermedad grave que le evitó comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para apoyar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información referente a su apelación.

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

- Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

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

Términos legales

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

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

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

- Cuando revisamos su apelación, cuidadosamente volvemos a ver toda la información sobre su solicitud de cobertura médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando denegamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Cuando usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o cuando termine el período de tiempo ampliado, si nos tomamos días adicionales), debemos

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

enviarle automáticamente su solicitud para el Nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es positiva a una parte de o a toda su solicitud**, debemos autorizar o dar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o un servicio médico **dentro de los 30 días calendario** siguientes a recibir su apelación si su apelación es sobre cobertura de servicios que no ha recibido todavía. 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 **dentro de los 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si su estado médico nos lo exige.
 - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más**, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
 - Si usted cree que *no* deberíamos tardar días extra, puede poner una “queja rápida” de que nuestra decisión va a tardar días extra. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de las siguientes 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información acerca del proceso para presentar quejas, incluyendo quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite arriba indicada (o cuando termine el período extendido si nos tomamos más días en su solicitud de un artículo o un servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de revisión independiente revisará la solicitud. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es positiva a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o dar la cobertura acordada en el plazo de 30 días calendario, o en el plazo de siete (7) días calendario si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.
- Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que no a todo o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel de los procesos de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el cual es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una Apelación de Nivel 2

Si decimos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**”.

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

- La **Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- 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.**

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

- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán 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

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación “rápida” a nuestro plan también tendrá una “apelación rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

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

- Si en el Nivel 1 tenía una apelación estándar a nuestro plan también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2 Si su solicitud es para un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la fecha en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión le deberá dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de siete (7) días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o un servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare.

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

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a la totalidad de una solicitud por un artículo o un servicio médico, debemos autorizar**

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

la cobertura de atención médica en el plazo de 72 horas o dar el servicio en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes estándar o en el plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes expeditas.

- **Si la organización de revisión responde positivamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta médica de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o dar el medicamento con receta médica de la Parte B en cuestión dentro de las **72 horas** posteriores a que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**, o dentro de las **24 horas** posteriores a la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes expeditas**.
- **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”. También como “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de revisión independiente “respalda la decisión”, usted tiene el derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cubrir una cantidad mínima determinada. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es final. El aviso por escrito que usted recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 para una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o 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.

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

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si usted desea solicitar que le reembolsemos nuestra porción de un pago por cuidados médicos cubiertos, empiece por consultar el Capítulo 5 de esta publicación: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 5 describe las situaciones en que tal vez deba solicitar un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido de un proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía los documentos que piden reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para mayor información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*). También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para su servicio médico*).

Responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica dentro de un plazo de 60 días calendario después que recibamos su solicitud. O, si no ha pagado los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.
- 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 que indica que no pagaremos los servicios y las razones por qué en detalle. (Cuando denegamos su solicitud de pago, es lo mismo que decir que no a su solicitud de decisión de cobertura.)

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

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. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

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

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de un 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 pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se le admite a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

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. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le harán saber la fecha de alta cuando la misma se haya decidido.
- 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. En esta sección se explica cómo hacerlo.

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

Durante su estancia cubierta 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 siempre que son ingresadas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe entregárselo en los dos días después de su

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

admisión. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga cualquier pregunta si no lo entiende. Ahí se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:

- 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 estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién va a pagar por ella.
- Dónde reportar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un atraso en su fecha de alta de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

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

- Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

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

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 antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que su alta sea programada.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 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 <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices>.

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

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por un tiempo más largo, tendrá que utilizar 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.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que examine y ayude a mejorar la calidad de la

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

atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

Actúe rápido:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes de irse del hospital y **no después de la medianoche del día en que le den el alta**. (Su “fecha de alta planificada” es la fecha establecida para que salga del hospital).
 - Si llega esta fecha límite, se le permite permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera a recibir la decisión de su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si *no* llega a esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de la fecha programada para darlo de alta, *puede que tenga pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha programada para darlo de alta.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere apelar, entonces debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra manera para presentar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe pedir a la Organización para la mejora de la calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” se llama también una “ revisión inmediata ” o una “ revisión acelerada ”.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual 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 siguiente a la notificación a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener una copia de este aviso al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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 afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, **debemos seguir dándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora rechaza su apelación, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura**

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

para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad dé su respuesta a la apelación.

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación y usted decide quedarse en el hospital, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de 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 desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado 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 significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. 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 de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de su estancia después de su fecha planificada para el alta.

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

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un periodo 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 permanece 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 otra vez, 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 la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los examinadores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán acerca de 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 de hospital que ha 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.

Si la respuesta de la organización es no:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

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

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 6.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación sobre su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta planificada).

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

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

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

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

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada”.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era correcta por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estancia en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Verificamos si la decisión acerca de cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si la respuesta a su apelación rápida es positiva,** significa que estamos de acuerdo con que necesita permanecer en el hospital más tiempo después de la fecha de alta y le seguiremos brindando los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cubiertos

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

por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.)

- **Si decimos que no a su apelación rápida**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado finaliza a partir del día que dijimos cobertura habría terminado.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darlo de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha en que se había programado darlo de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso automáticamente será enviado al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha planificada para su alta. También debemos continuar la cobertura del plan de servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con nosotros respecto a que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar a una Apelación de Nivel 3, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

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

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura terminará muy pronto**

Sección 7.1 *Esta sección solo es sobre cuatro servicios: Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de servicios de enfermería y en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)*

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de atención médica en la casa** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener más información sobre los requisitos para poder considerar a un centro como “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Cuidados de hospicio** que recibe como paciente en el hospicio. (Para obtener más información sobre “hospicio”, consulta el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Esto usualmente significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 10, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando obtiene alguno de estos tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga usted)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando acabe su cobertura de ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice 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

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso por escrito le informa cómo puede solicitar una “**apelación acelerada**”. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dejaremos de cubrir su atención. (La Sección 7.3 a continuación le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada).

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

2. **Le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso. (La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - 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 el plan respecto a que es momento de dejar de recibir la atención.

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

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período tiempo más largo, tendrá que utilizar 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.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay

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

fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es el momento para dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe pedirles?

- Solicítele a esta organización una “apelación rápida” (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- 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 pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para la mejora de la calidad, y todavía quiere presentar una apelación, entonces debe hacerlo directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta otra manera para presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para la mejora de la calidad (les llamamos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el cual 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 informen respecto a su apelación usted también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para dar por terminada nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación se denomina como “Explicación detallada de no cobertura”.

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

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es positiva?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir dándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores a su apelación es negativa?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, su **cobertura cesará a partir de la fecha que le informamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de atención médica en casa, atención en un centro de enfermería especializada, atención en un hospicio o los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha, cuando termina su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo completo** de esta atención.

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

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

- La primera apelación que presenta es en el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura del cuidado - entonces puede poner otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<h3>Sección 7.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo</h3>

Si la Organización para la mejora de la calidad ha denegado su apelación y usted decide seguir recibiendo cuidado después de que haya terminado su cobertura del cuidado, entonces puede poner una Apelación de Nivel 2. 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 de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo completo de su atención médica en casa o en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.

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

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días siguientes** después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad haya *denegado* su apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

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 otra vez, 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 la recepción de su solicitud de apelación, los examinadores decidirán acerca de su apelación y le darán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión accede a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que ha 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 existe la posibilidad de que apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, usted deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

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

En lugar de eso puede apelar a nosotros

Como se explicó arriba en la Sección 7.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su primera apelación (en el plazo de un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de poner su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son distintos.*

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

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

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Estos son los pasos para una Apelación de Nivel 1 alterna:

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión acelerada”.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada: *Póngase en contacto con Servicios para miembros cuando presente una apelación o una queja sobre su atención médica.*
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: Nosotros realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuando terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a revisar toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para dar por terminada la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si decimos que sí a su apelación rápida,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos dando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha cuando dijimos que terminaba su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde 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 decimos que no a su apelación rápida**, entonces su cobertura acabará la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en casa, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si respondemos “no” a su apelación acelerada, su caso será **automáticamente** elevado al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que no a su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente.”** Cuando lo hacemos, quiere decir que va a pasar *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelaciones de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su “apelación rápida.” Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de revisión independiente

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de un período de 24 horas a partir del momento en que le indicamos que denegamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 9 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de un período de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que elige Medicare para encargarse del trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores en la Organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la organización dice *sí* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que indicamos que terminaba su cobertura. Debemos seguir dando la cobertura de su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la organización dice *no* a su apelación,** eso significa que ellos están de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le indica por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización independiente examinadora rechaza su apelación, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si la respuesta de los revisores a su apelación de Nivel 2 es negativa, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al nivel 3 y presenta otra apelación. Al Nivel 3, su apelación la revisa un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador.
- La Sección 8 de este capítulo indica más detalles acerca de los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****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 podría ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelaciones funcionan de forma muy parecida. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado 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 negativa, el proceso de apelaciones *podría haber terminado o no.*** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a 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 el servicio en cuestión.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o abogado adjudicador a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría haber terminado o no.***
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

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 afirmativa o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría haber terminado o no*.** Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico coincide con el valor necesario en dólares.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o darle el servicio dentro de los 60 días de calendario siguientes a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber 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 esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito le indica también con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez en el Tribunal del distrito federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

-  Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con sus beneficios, su cobertura, o sus pagos, entonces esta sección *no es para usted*. En cambio, debe utilizar el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

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

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

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar 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 que reciba. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o su información compartida que siente debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con la forma en la que Servicios para miembros lo ha tratado? • ¿Considera que le está exhortando a retirarse del plan?
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, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otro personal en el plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando le dan una receta médica o en la sala de examinación
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"> • ¿Considera que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Piensa que es difícil entender la información escrita que le hemos dado?

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

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación, se utiliza ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar un reclamo sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted nos solicitó que le damos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le dijimos que no, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que presentó, usted puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada por nuestro plan, y se nos informa que debemos cubrir o reembolsar determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no cumplimos con estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, estamos obligados a enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro de las fechas límite requeridas, usted puede presentar una queja.

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

Términos legales

- Lo que esta sección llama una “**queja**” también se llama una “**queja formal**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**presentar una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso de quejas**” es “**usar el proceso para presentar una queja formal**”.

**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 en 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. Póngase en contacto con Servicios para miembros al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 (TTY 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si llama del **1 de abril al 30 de septiembre**, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto los días feriados).
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnoslo.** Si pone 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 obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “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.
- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Servicios para miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de 60 días calendario después de haber tenido el problema del cual quiere quejarse.
- **Si está presentando una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida de cobertura” o “apelación rápida,” automáticamente le daremos una “queja rápida.”** Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta en un período de 24 horas.

Términos legales

Lo que esta sección llama “queja rápida” también se llama una “queja formal acelerada”.

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

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. Si su estado médico nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 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 días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte de o todo su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se presenta la queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

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

Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso descrito arriba.

Cuando su queja es de la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede poner su queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido directamente con esta organización (*sin* poner la queja con nosotros).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.
 - Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja en ambos lugares al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención y presentarlo también a la Organización para la mejora de la calidad.

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

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

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

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

CAPÍTULO 8

Terminar su membresía en el plan

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan**Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan**

SECCIÓN 1	Introducción	180
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	180
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?	180
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	180
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	181
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	182
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	183
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	183
Sección 3.1	En general, cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	183
SECCIÓN 4	Deberá seguir obteniendo sus servicios médicos mediante nuestro plan hasta que se cancele su membresía.....	184
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	184
SECCIÓN 5	Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	185
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	185
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	186
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	186

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de 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):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que desea dejarlo.
 - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, cuando puede terminar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 le dice *cuándo* puede terminar su membresía en el plan.
 - El proceso para terminar voluntariamente su membresía varía dependiendo del tipo de cobertura nueva que elige. La sección 3 le indica *cómo* cancelar su membresía en cada situación.
- También hay unas cuantas situaciones en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Únicamente puede cancelar su membresía en el plan durante ciertos tiempos en el año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para cambiar de plan en otros momentos del año.

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

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período anual de inscripción abierta”). Este es el momento del año en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre a diciembre 7.
- **¿A qué tipo de plan puedo cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta médica.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cobertura de su nuevo plan comience en Enero 1.

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**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto sucede todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo puede:
 - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado para agregar la cobertura de medicamentos en ese momento.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** 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 usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos con receta médica, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta médica reciba su solicitud de inscripción.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan**Sección 2.3 En ciertas 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**.

- **¿Quién tiene derecho al Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes le aplica a usted, puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial. 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 Centennial Care (Medicaid).
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de enfermería o un hospital de cuidado de largo plazo (LTC).
 - Si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).
- **¿Cuándo terminan los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué se puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, por favor llame a Medicare 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. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos con receta médica. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede escoger un plan que cubra los medicamentos con receta médica o uno que no cubra los medicamentos con receta médica).
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos con receta médica.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

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

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

- Puede **llamar a Servicios para miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el manual *Medicare y usted 2022*.
 - Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada otoño. Los que son nuevos en Medicare la reciben dentro del mes siguiente a apuntarse por primera vez.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente inscribese en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información acerca de los períodos de inscripción). Sin embargo, si quiere cambiarse de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare, debe pedir que se le cancele la inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras en que puede pedir que se le cancele la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Servicios para miembros para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --o-- Puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

El siguiente cuadro explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

Si desea 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"> Inscríbase en el nuevo plan de salud 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 separado de medicamentos con receta médica de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta médica 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>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con el servicio de atención al cliente para conocer más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir 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.

SECCIÓN 4 Deberá seguir obteniendo sus servicios médicos mediante nuestro plan hasta que se cancele su membresía

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

Si deja Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO), puede pasar algún tiempo hasta que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este periodo, usted deberá seguir obteniendo sus cuidados médicos a través de nuestro plan.

- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital por lo general la cubrirá nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después que inicie su nueva cobertura de salud).

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:**

- 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, debe llamar al servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar al que se mudará o a donde está viajando está dentro de nuestra área de servicio del plan. (Los números de teléfono para el servicio de atención al cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se le encarcela (va a prisión)
- Si no es ciudadano estadounidense o se encuentra 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 tengamos autorización de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perjudicial y eso hace que nos sea difícil brindarle 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 tengamos autorización de Medicare primero).
- 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 tengamos autorización de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

Capítulo 8. Cómo cancelar su membresía en el plan

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede ponerse en contacto con **Servicios para miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

¿Qué debe hacer si esto sucede?

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

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja formal acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede ver en la Sección 9 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 9

Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	189
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación	189
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare	189

Capítulo 9. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de cobertura* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicar debido a que la ley lo requiere. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

Nuestro plan debe acatar las leyes que le protegen de la discriminación y el trato injusto. **No discriminamos** por cuestiones de raza, etnia, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que dan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964, la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación de edad de 1975, la Ley de estadounidenses con discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del cuidado de salud asequible, todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame al Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Derechos Civiles 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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 responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales 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

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Apelación: Una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta médica o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo, o servicio que usted considera debería poder recibir. El Capítulo 7 explica las apelaciones, incluyendo el proceso para hacer una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vive la gente. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede darlo de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de apoyo: La atención de apoyo es atención personal que se da en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro entorno cuando no tiene atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Atención de apoyo es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no tienen las habilidades o formación profesional, tales como ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica relacionada que la mayoría de las personas se dan a sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por la atención de apoyo.

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

Atención médica en el hogar: Un asistente de atención médica en el hogar ofrece servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse, o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de atención médica en el hogar no tienen una licencia ni dan terapia.

Autorización previa: Aprobación previa antes de recibir los servicios. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Beneficios Suplementarios Opcionales: Beneficios no cubiertos por Medicare que pueden comprarse por una prima adicional y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Si usted elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que tenga que pagar una prima adicional. 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. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Cantidad máxima de desembolso directo: La cantidad máxima que paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su cantidad máxima de bolsillo.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de dar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que principalmente da servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, y da diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno familiar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

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

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

Copago: Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o artículos como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por cada consulta médica o medicamento con receta médica.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Coseguro: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de los servicios. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Costo compartido: Los costos compartidos se refieren a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos siguientes 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.

Costos de bolsillo (OOP): Vea la definición de “costos compartidos” arriba. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también conocido como requisito de gastos directos “de su bolsillo”.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación dados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas una enfermera o un médico.

Cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses o menos de vida, tiene derecho a elegir servicios de un centro de cuidados paliativos. Nosotros, como su plan, debemos darle una lista de centros de cuidados paliativos es su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le dará un tratamiento especial para su estado.

Deducible: La cantidad que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: El plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización, cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios o artículos cubiertos. En este folleto, a las determinaciones de la organización se les conoce como “decisiones de cobertura”. El Capítulo 7 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico solicita para uso en el hogar. Ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos para

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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. Reglas de autorización que aplican para productos de monitoreo continuo de glucosa en la sangre (CGM).

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, que podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de revelación: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que el costo compartido de los servicios. 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. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o de lo contrario se cobra más de la cantidad de participación en los costos de su plan dice que usted tiene que pagar.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

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

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan médico privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta médica. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece 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.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, para algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa terminal (por lo general las personas que tienen insuficiencia renal permanente

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un Plan de Costos de Medicare, un plan PACE, o un Plan Medicare Advantage.

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 está confirmada por 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 quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

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

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta médica de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta médica como “la Parte D”).

Período de beneficios: Período de beneficios: la forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y en las instalaciones 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 termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un tiempo determinado cada año cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan de 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 separado en ese momento. El período de inscripción abierta para Medicare Advantage es del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible por un período de 3 meses después de que a una persona se la declare elegible por primera vez para inscribirse en Medicare.

Período de inscripción anual: Un tiempo determinado cada otoño cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiar a Medicare Original. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: Un tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud 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.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción inicial: Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse para la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: Un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que da atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un asilo de ancianos o que sufren de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de salud Medicare: Un plan médico de Medicare lo ofrece una empresa privada que tiene contratos 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, los Planes de Costo de Medicare, Programas de demostración/piloto y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): Un Plan de organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado 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 mayor cuando los beneficios del plan se reciban de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de atención todo incluido para el adulto mayor) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas débiles para ayudarlos a vivir de manera independiente y en sus comunidades (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare): Seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “periodos sin cobertura” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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

Programa de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que tienen una discapacidad, son ciegos o tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos que pide su médico u otro proveedor de atención médica. Los productos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien visita primero para la mayoría de los problemas médicos. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Él o ella también pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirle a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidados de la salud. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información acerca de los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para dar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red con base en los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores están de acuerdo en darle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores 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 con el que no hemos negociado para coordinar o dar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni operan en nuestro plan ni se encuentran bajo contrato para darle a usted servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja formal: Un tipo de queja que hace sobre nosotros, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago.

Queja: El nombre formal de “poner una queja” es “tramitar 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. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos de Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para denominar a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios necesarios de urgencia: Los servicios necesarios de urgencia se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios de urgencia los pueden dar proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o están inaccesibles.

Servicios para miembros de Presbyterian: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas formales, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con el Centro de Servicios para miembros.

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, quejas formales, y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Servicios para miembros.

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte la “ayuda adicional”.

Un plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa 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 una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Cuando usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan bajo Medicare Original. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta médica). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta médica**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan médico de Medicare Advantage que esté disponible en su área.

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. 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 feriado).</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 feriado).</p>
FAX	(505) 923-5124
ESCRIBA A	<p>Presbyterian Senior Care (HMO) P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489</p> <p>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 P.O. Box 27118 Santa Fe, NM 87502-7118</p>
SITIO WEB	www.nmaging.state.nm.us