

CareSalute
(HMO)
H1019-131

2023



EVIDENCIA DE COBERTURA

Atlantic Coast
Condados de Flagler y Volusia

CarePlus
HEALTH PLANS

Nos importa su bienestar

Gracias por ser un afiliado de CareSalute (HMO). Valoramos su afiliación, y estamos dedicados a ayudarle a estar lo más saludable posible.

Esta Evidencia de cobertura contiene información importante acerca de su plan. Este libro es un documento muy detallado con la descripción completa y legal de sus beneficios y costos. Usted debe guardar este documento como referencia durante el año del plan.

Esperamos poder ser su socio en la salud por muchos años. Si tiene preguntas, aquí estamos para ayudarlo.

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare como afiliado de CareSalute (HMO)

Este documento le provee los detalles acerca de su cobertura para el cuidado de la salud de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para afiliados al 1-800-794-5907. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Este plan, CareSalute (HMO), es ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareSalute (HMO)).

Este documento está disponible sin costo en inglés.

Esta información está disponible en otros formatos, incluidos Braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

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

H1019_EOC_MA_HMO_131000_2023_SP_C

Evidencia de cobertura para 2023

Contenido

Capítulo 1.	Cómo comenzar como afiliado	6
SECCIÓN 1	Introducción.....	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes de afiliación que recibirá	9
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para CareSalute (HMO)	10
SECCIÓN 5	Información adicional acerca de su prima mensual.....	10
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de afiliado del plan.....	11
SECCIÓN 7	Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan	11
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	13
SECCIÓN 1	Contactos de CareSalute (HMO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para afiliados)	14
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	17
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	18
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de la calidad.....	19
SECCIÓN 5	Seguro social.....	19
SECCIÓN 6	Medicaid	20
SECCIÓN 7	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria.....	21
SECCIÓN 8	¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un patrono?	21
Capítulo 3.	Uso del plan para sus servicios médicos	22
SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan	23
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para obtener cuidado médico.....	24
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando necesita cuidado de emergencia o de urgencia o durante un desastre	29
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	31
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un "estudio de investigación clínica"?	31
SECCIÓN 6	Normas para obtener cuidado cubierto en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud".....	33
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	34
Capítulo 4.	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	36
SECCIÓN 1	Entienda los gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos	37
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar.....	38
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	75
Capítulo 5.	Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos.....	81
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios	82

Contenido

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida.....	83
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	84
Capítulo 6.	Sus derechos y responsabilidades.....	85
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan	86
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....	95
Capítulo 7.	Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	97
SECCIÓN 1	Introducción	98
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	98
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?	99
SECCIÓN 4	Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	99
SECCIÓN 5	Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	102
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo	109
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto	115
SECCIÓN 8	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores	120
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	122
Capítulo 8.	Cómo finalizar su afiliación al plan	126
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan	127
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	127
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?	129
SECCIÓN 4	Hasta que termine su afiliación, debe seguir recibiendo los servicios médicos a través de nuestro plan	129
SECCIÓN 5	CareSalute (HMO) debe finalizar su afiliación en el plan en ciertas situaciones.....	130
Capítulo 9.	Avisos legales.....	132
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable.....	133
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	133
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare.....	133
SECCIÓN 4	Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros).....	133
SECCIÓN 5	Aviso sobre la coordinación de beneficios.....	134
Capítulo 10.	Definiciones de palabras importantes	138
Anexo A.	Información de contacto de las agencias estatales	147
	Provee una lista de los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto de una variedad de recursos útiles en su estado.	

CAPÍTULO 1:

Cómo comenzar como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareSalute (HMO), que es una Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir el cuidado de la salud de Medicare a través de nuestro plan, CareSalute (HMO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Medicare original.

CareSalute (HMO) es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. CareSalute (HMO) no incluye cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

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

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

Este documento *Evidencia de cobertura* le informa cómo recibir el cuidado médico. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como afiliado del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren al cuidado y los servicios médicos que tendrá disponibles como afiliado de CareSalute (HMO).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar este documento *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o si solo tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para afiliados.

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre la manera en que CareSalute (HMO) cubre su cuidado médico. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llama "cláusulas" o "enmiendas".

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en CareSalute (HMO) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareSalute (HMO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareSalute (HMO) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan cada año siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Es elegible para ser afiliado de nuestro plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio aunque estén físicamente ubicadas en ella
- -- y -- es ciudadano estadounidense o se encuentra en los Estados Unidos de manera legal

Sección 2.2 La siguiente es el área de servicio del plan de CareSalute (HMO)

CareSalute (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado/los siguientes condados en Florida: Condados de Flagler, Volusia, FL.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Contacte con Servicios para afiliados para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, usted tendrá un Periodo especial de inscripción que le permitirá cambiar a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

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

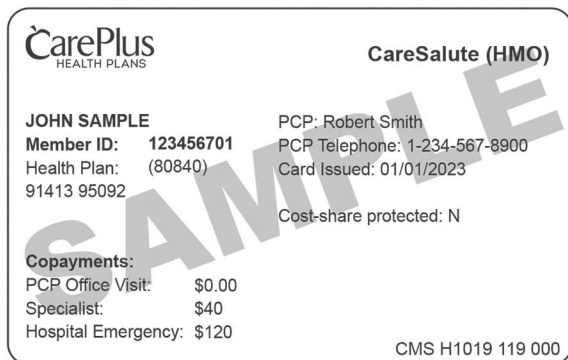
Sección 2.3 Ciudadano de los EE. UU. o residente legal

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a CareSalute (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado según esto. CareSalute (HMO) debe desafiliarle si usted no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de afiliado del plan

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar la tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una muestra de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras esté afiliado a este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de CareSalute (HMO), es posible que usted mismo deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la presente si necesita recibir servicios hospitalarios, obtener servicios de hospicio o participar en estudios clínicos de investigación aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de afiliado del plan se daña, se pierde o se la roban, llame sin demora a Servicios para afiliados y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad.

Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores de equipo médico duradero con este documento. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir el cuidado y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y los casos en que CareSalute (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia de Servicios para afiliados. Además, puede consultar el *Directorio de proveedores* en www.careplushealthplans.com/directories, o descargarlo de este

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

sitio web. Tanto Servicios para afiliados como el sitio web pueden proveerle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para CareSalute (HMO)

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Las primas de la Parte B difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual Medicare y usted 2023, la sección llamada “Costos de Medicare para 2023”. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada del plan para CareSalute (HMO).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare
--

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Disminución de prima de la Parte B de Medicare

Como usted sabe, su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras usted esté inscrito en este plan, CarePlus pagará hasta **\$90** de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social se aumentará en esta cantidad. No es necesario completar ningún papeleo para recibir este beneficio. Nosotros nos encargaremos de eso por usted. La parte de la prima de la Parte B de Medicare que paga CarePlus solo se aplica a cualquier cantidad no pagada por Medicaid.

La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de vigencia de este plan. Los aumentos faltantes serán agregados a su siguiente cheque después de que se haya completado el proceso.

Tenga en cuenta que, si se desafilia de este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de desafiliación. Como mencionamos anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar el proceso. Cualquier disminución en la prima que usted reciba después de la desafiliación finalmente será deducida de su cheque del Seguro Social.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Información adicional acerca de su prima mensual

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

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan para el próximo año, le informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia desde el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de afiliado del plan

Su registro de afiliado tiene la información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan que incluye a su Proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliado para saber qué servicios incluye su cobertura y las cantidades de costos compartidos que le corresponden.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como, por ejemplo, de su patrono, el patrono de su cónyuge, un programa de compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado médico en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como, por ejemplo, el cuidador)
- Si está participando de un estudio de investigación clínica (Tenga en cuenta: no es necesario que informe a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si cambia alguna de esta información, llame a Servicios para afiliados para informarnos.

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos de usted información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta donde se indica cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si

Capítulo 1 Cómo comenzar como afiliado

la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí, llame a Servicios para afiliados. Tal vez deba darle a su otro seguro el número de identificación como afiliado de su plan (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su patrono), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se conoce como el "pagador primario" y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo es el "pagador secundario", y solo paga si queda algún costo pendiente que la cobertura primaria no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar todos los costos que no estén cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura grupal en el plan de salud de su patrono o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura grupal en el plan de salud proviene de su patrono actual o del patrono actual de un miembro de su familia, quién paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el patrono y si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o el miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más empleados o si por lo menos es un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía está trabajando, el plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 o más empleados o si por lo menos es un patrono de un plan de patronos múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal paga primero durante los primeros 30 meses después de que usted se vuelva elegible para Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios para pulmón negro
- Programa de compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: ***Números de teléfono y recursos importantes***

SECCIÓN 1 Contactos de CareSalute (HMO) (cómo contactarnos, incluso cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados del plan)

Cómo ponerse en contacto con Servicios para afiliados de nuestro plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios para afiliados de CareSalute (HMO). Será un placer ayudarle.

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Además, Servicios para afiliados les proporciona servicios gratuitos de intérpretes de otros idiomas a los afiliados que no hablen inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	www.careplushealthplans.com/contact-careplus

Cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura o apelación acerca de su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones acerca de su cuidado médico, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura para el cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-888-790-9999
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	www.careplushealthplans.com/members/org-determination

Método	Apelaciones para cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
SITIO WEB	www.careplushealthplans.com/members

Cómo contactarnos para presentar una queja acerca de su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad del cuidado médico. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. Si desea más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas acerca del cuidado médico – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Grievance & Appeals Department PO BOX #277810, Miramar, FL 33027
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de CareSalute (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare en línea, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por el cuidado médico que haya recibido

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier 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)*).

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es el mismo que aparece arriba.
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	www.careplushealthplans.com/members

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

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, para algunas personas menores de 65 años con discapacidad y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS", por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la Información de contacto de Medicare en su estado. Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>presupuesto</i> de lo que podrían ser sus gastos de desembolso personal en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de CareSalute (HMO): • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja acerca de CareSalute (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O puede llamar a Medicare e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa estatal independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y gratis sobre el seguro médico a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su cuidado médico o tratamiento, y ayudarle a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) además pueden ayudarle con preguntas o problemas con Medicare y ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <http://es.medicare.gov>
- Haga clic en **"Talk to Someone"** (Hable con alguien) en el centro del sitio inicial
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
 - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de la calidad

En cada estado existe una Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. La información de contacto de su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. La Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con su Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad del cuidado médico recibido.
- Pensa que la cobertura de su hospitalización está terminando demasiado pronto.
- Pensa que la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar, del centro de enfermería especializada o del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informárselo.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov/

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas de recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también reúnen los requisitos para tener Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Dichos "Programas de ahorros de Medicare" incluyen:

- **Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona elegible (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados elegibles (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, póngase en contacto con su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto de su oficina estatal de Medicaid se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, póngase en contacto con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 8 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un patrono?

Si usted (o su cónyuge) recibe los beneficios del grupo de su patrono o de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del patrono o sindicato, o a Servicios para afiliados si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de sus beneficios de salud, primas o período de inscripción de su patrono (o el de su cónyuge) o para jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para afiliados están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare bajo este plan.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le explica lo que debe saber para usar el plan de manera que su cuidado médico esté cubierto. Le provee definiciones de términos y le explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando reciba dicho cuidado, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad que usted paga de costos compartidos como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado médico que le proveen a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para cuidado médico se listan en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener el cuidado médico cubierto por el plan

Como plan de salud de Medicare, CareSalute (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare original.

CareSalute (HMO), por lo general, cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado médico que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado médico que reciba se considere necesario por razones médicas.** "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red que le provea y supervise su cuidado médico.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- En la mayoría de las situaciones, es posible que su PCP de la red necesite darle su aprobación previa antes de poder usar a otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud en el hogar. Esto se llama dar un "referido". Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- No se necesitan referidos de su PCP para recibir cuidado médico en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, existen otras clases de cuidado médico que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir cuidado médico de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios en casos de emergencia o que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios en caso de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita cuidado médico que Medicare requiere que sea cubierto por nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que provean este cuidado, puede recibirlo de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Usted debe obtener autorización del plan antes de buscar cuidado médico de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera obtenido cuidado médico de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. Los costos compartidos que usted paga al plan por diálisis nunca pueden superar los costos compartidos en Medicare original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir cuidado médico

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para proveer y supervisar su cuidado médico
--------------------	---

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

Cuando usted se inscribe como afiliado de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario es un proveedor que reúne los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Su *Directorio de proveedores* le indicará qué proveedores pueden actuar como su proveedor de cuidado primario. Como explicamos a continuación, su PCP le

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

brindará cuidado médico rutinario o básico. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como afiliado del plan. Por ejemplo, para ver a un especialista de la red, por lo general, usted primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener un "referido" para un especialista).

Esto incluye:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias
- Cuidado de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado médico y sobre cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos por proveedores de la red, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP (como darle un referido). En algunos casos, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa). El Capítulo 4 tiene más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Debido a que su PCP puede proveer y coordinar su cuidado médico, usted debe hacer que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 6 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud.

¿Cómo recibe cuidado médico de su PCP?

Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado rutinario de la salud. Sin embargo, hay algunos tipos de servicios cubiertos que usted puede recibir por su propia cuenta, sin contactar primero a su PCP. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, para obtener más información.

Si es después del horario laborable y usted tiene una necesidad de cuidado médico rutinario, vuelva a llamar a su PCP durante el horario laborable. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad urgente de cuidado médico después del horario laborable, consulte las Secciones 3.1 o 3.2 en este capítulo.

¿Cómo puede elegir a su PCP?

Al momento de su inscripción, revisó un *Directorio de proveedores* del plan para ayudarle a elegir el PCP que usted desee. El PCP que usted eligió aparecerá en su formulario de inscripción. Si se inscribió en www.careplushealthplans.com, fue dirigido al *Directorio de proveedores* del plan en línea para seleccionar al PCP que usted desee. Puede cambiar de PCP en cualquier momento (como se explica más adelante en esta sección). Si hay un especialista u hospital del plan en particular que desea utilizar, verifique primero para asegurarse de que su PCP dé referidos a dicho especialista, o utilice ese hospital. El nombre y número de teléfono del consultorio de su PCP aparecen en su tarjeta de identificación de afiliado.

Cambio de su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan por lo que tendría que buscar un nuevo PCP.

Las solicitudes de cambio que se reciban a más tardar el día 21 del mes generalmente entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para afiliados.

Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para afiliados si está consultando a algún especialista o si está recibiendo otro servicio cubierto que necesitó la aprobación de su PCP (como servicios de cuidado de la salud en el

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

hogar y equipo médico duradero). Servicios para afiliados le ayudará a garantizar que cuando cambie de PCP pueda seguir recibiendo el cuidado especializado y los demás servicios que ha estado recibiendo. Ellos además verificarán que el PCP al que usted desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para afiliados cambiará su registro de afiliación para que aparezca el nombre de su nuevo PCP, y le informará cuándo entrará en vigencia el cambio de su nuevo PCP.

Además, le enviarán una nueva tarjeta de afiliado donde aparezca el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede recibir sin un referido de su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:

- Cuidado de la salud rutinario para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra el COVID-19 y vacunas neumocócicas siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios en casos de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios que se necesitan con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios en casos de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, llame a Servicios para afiliados antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar).
- Todos los servicios preventivos cubiertos que reciba de proveedores de la red. Estos servicios se indican con una 🍎 en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.
- Servicios de dermatología que reciba de un proveedor de la red
- Servicios quiroprácticos que reciba de un proveedor de la red
- Servicios de podología que reciba de un proveedor de la red
- Beneficios suplementarios cubiertos por el plan. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado médico de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

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

Cuando su PCP cree que usted necesita tratamiento especializado, él/ella puede darle un referido para consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan. Si a usted lo está atendiendo un especialista de la red, es posible que necesite regresar a su PCP para que le dé un referido para recibir servicios adicionales.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es muy importante obtener un referido (la aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista o a ciertos otros proveedores en la red del plan (hay unas pocas excepciones, entre las que se incluye el cuidado de la salud femenina que explicamos anteriormente en esta sección). **Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios. Si el especialista de la red quiere que usted regrese para recibir más cuidado médico, verifique primero para asegurarse de que el referido (la aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas.**

Si hay algún especialista en particular en la red del plan que usted desee utilizar, verifique si su PCP hace referidos de pacientes a dicho especialista. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas de la red que usa para hacer sus referidos. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que usted puede ver. Por lo general, usted puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista de la red al que su PCP actual no puede referirlo. Anteriormente en esta sección, bajo "Cambio de su PCP", le explicamos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales en particular que desea utilizar, debe verificar primero si su PCP, o los médicos que usted va a consultar, utilizan estos hospitales.

Si necesita cuidado hospitalario, cubriremos estos servicios para usted. Los servicios cubiertos se listan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, bajo el título "Cuidado hospitalario a pacientes internados". Usamos "hospital" para referirnos a un centro médico certificado por el programa de Medicare y autorizado por el estado para proveer servicios para pacientes internados y ambulatorios, así como servicios terapéuticos y de diagnóstico. El término "hospital" no incluye centros que provean principalmente cuidado personal no médico (como hogares de ancianos y de reposo convalecientes). Por "cuidado personal no médico" nos referimos a ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, comer y otras actividades de la vida cotidiana. Excepto en caso de emergencia, su PCP o especialista coordinará su admisión en el hospital.

Para ver una lista de hospitales de la red, consulte el *Directorio de proveedores*. Es posible que su médico no conceda admisiones en todos los hospitales de la red. Pregunte a su médico para verificar en cuáles hospitales él/ella tiene privilegios.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona el plan?

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Haremos todo lo posible de buena fe para informarle al menos con 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades del cuidado de la salud.
- En caso de que usted esté recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento que está recibiendo por razones médicas no sea interrumpido, y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista acreditado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red cuando el servicio es recibido de un especialista fuera de la red. Se requiere autorización previa para que el servicio sea cubierto.
- Si usted se entera de que su médico o especialista va a abandonar su plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado médico.
- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Póngase en contacto con Servicios para afiliados al 1-800-794-5907, TTY 711 para obtener ayuda en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red

Su PCP de la red o su plan debe darle aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a proveedores que no pertenecen a la red del plan. Esto se llama darle un “referido”. Si desea más información acerca de esto y las situaciones en que puede consultar a un proveedor fuera de la red sin referido (como un caso de emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este capítulo. Si usted no obtiene un referido (la aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que usted mismo deba pagar por dichos servicios.

Para ciertos tipos de servicios, es posible que su médico necesite recibir la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se llama obtener la “autorización previa”). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Es mejor pedirle al proveedor fuera de la red que antes envíe la factura al plan. Pero, si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, puede enviarnos la factura para que nosotros la paguemos. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Tenga en cuenta: Los afiliados tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios en casos de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores de cuidado para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en casos de emergencia o cuidado médico que se necesita con urgencia o durante un desastre**

Sección 3.1 **Cómo obtener cuidado médico en caso de una emergencia médica**

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que ocurra?

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona lega 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 (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. No necesita obtener una aprobación o referido previo de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior del cuidado médico de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca del cuidado médico de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Llame a Servicios para afiliados al número de teléfono que está impreso en la contraportada de este manual.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proveen cuidado médico de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y la emergencia médica haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y se hagan planes de cuidado médico adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan.

Si recibe cuidado médico de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su cuidado médico en cuanto su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por cuidado médico de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y

cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado médico.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era un caso de emergencia, cubriremos cuidado médico adicional *solo* si obtiene el cuidado médico adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado médico adicional.
- – o – El cuidado médico adicional que reciba se considere "servicios que se necesitan con urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener servicios que se necesitan con urgencia

¿Qué son los "servicios que se necesitan con urgencia"?

Un servicio que se necesita con urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato pero dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta grave que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El *Directorio de proveedores* del plan le informará acerca de qué centros médicos en su área están dentro de la red. Esta información también se puede encontrar en línea en www.careplushealthplans.com/directories. Para cualquier otra pregunta con respecto a los servicios que se necesitan con urgencia, póngase en contacto con Servicios para afiliados.

Nuestro plan cubre servicios de cuidado médico en casos de emergencia y cuidado de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Si necesita cuidado médico en casos de emergencia o cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados y de solicitarnos el reembolso correspondiente. Le reembolsaremos por servicios cubiertos de cuidado de urgencia y cuidado médico en casos de emergencia fuera de la red que usted reciba fuera de los EE. UU. y sus territorios, a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original pagaría por dichos servicios si los servicios se hubieran prestado en los Estados Unidos en la localidad donde usted reside. La cantidad que le paguemos, si corresponde, se reducirá por cualquier costo compartido aplicable. Debido a que reembolsaremos a tarifas que no superen las tarifas que Medicare original reembolsaría, y a que los proveedores extranjeros podrían cobrar por sus servicios cantidades superiores a las tarifas que Medicare original pagaría, el total de nuestro reembolso más los costos compartidos aplicables podría ser inferior a las cantidades que usted pague al proveedor extranjero. Este es un beneficio suplementario que generalmente no está cubierto por Medicare. Deberá enviar un comprobante de pago CarePlus para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) para obtener más información. Si usted ya pagó por los servicios cubiertos, nosotros le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura junto con los expedientes médicos para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder si recibe una factura o si necesita solicitar el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener cuidado médico 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 declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado médico de su plan.

Visite el siguiente sitio web: **es.careplushealthplans.com/alert** para obtener información sobre cómo obtener el cuidado médico necesario durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red.

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

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

Si pagó más que su costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

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

CareSalute (HMO) cubre todos los servicios necesarios por razones médicas según se detallan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado por completo el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Pagar los costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficio **no** se tendrá en cuenta para calcular su cantidad máxima de desembolso personal. Puede llamar a Servicios para afiliados cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado un “ensayo clínico”) es la manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como el grado de eficacia de un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, alguien que trabaja en el estudio le contactará para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si usted nos informa que está en un ensayo clínico elegible, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando forme parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto del cuidado médico (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita hacérselo saber ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan cuidado médico como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos elegibles según Medicare.

Si usted participa en un estudio *no* aprobado por Medicare o nuestro plan, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los artículos y servicios rutinarios que reciba como parte del estudio de investigación, lo que incluye:

- Alojamiento y comida por la hospitalización que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado médico.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare original y sus costos compartidos dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre qué cantidad de costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento de los costos compartidos: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicha prueba es de \$20 dentro de Medicare original, pero la prueba sería de \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido según Medicare original. Luego usted notificaría a su plan que recibió un servicio de un ensayo clínico elegible y enviaría al plan documentación como una factura del proveedor. El plan luego le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, que es la misma cantidad que pagaría

dentro de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los artículos o servicios que le provean solo para recopilar datos, y no se utilicen para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica normalmente requiere solo una.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de la participación en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener cuidado cubierto en una “institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud”

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

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que provee cuidado para una afección que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del afiliado, en su lugar nuestro plan proveerá cobertura por el cuidado en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio solo se provee para los servicios de paciente internado de la Parte A (servicios de cuidado no médico de la salud).

Sección 6.2	Recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud
--------------------	---

Para recibir cuidado de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone por motivos de conciencia a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento o el cuidado médico "no exceptuado" es cualquier cuidado médico o tratamiento *voluntario y no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provea el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que se provean en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado hospitalario a pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - y – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no será cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare (consulte la Tabla de beneficios de Medicare en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. Algunos artículos, como las prótesis, siempre pertenecen al afiliado. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueñas del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de CareSalute (HMO), por lo general, no será dueño de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) bajo Medicare original antes de afiliarse a nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la posesión del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios para afiliados.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia a Medicare original?

Si no adquirió la posesión del artículo de equipo médico duradero mientras era afiliado de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos cuando cambie a Medicare original a fin de obtener la posesión del mismo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Medicare original y luego se afilió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la titularidad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez

que se inscriba de nuevo en Medicare original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareSalute (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona el plan CareSalute (HMO) o ya no necesita equipos de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Medicare original?

Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si usted permanece en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Entienda sus gastos de desembolso personal de los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de CareSalute (HMO). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones en determinados servicios. Además, consulte las exclusiones y limitaciones concernientes a ciertos beneficios suplementarios en la tabla de este capítulo.

Sección 1.1 Tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de los pagos que se menciona en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de desembolso personal que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- El **"copago"** es una cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le provee más información acerca de sus copagos).
- El **"coseguro"** es un porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le provee más información acerca de su coseguro).

La mayoría de las personas elegibles para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar una prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y B de Medicare?

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se llama cantidad máxima de desembolso personal (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de **\$6,000**.

Las cantidades que usted paga de copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de gastos de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza su cantidad máxima de gastos de desembolso personal de **\$6,000**, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos por las Partes A y B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una "factura de saldos"

Como afiliado de CareSalute (HMO), una protección importante para usted es que solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados "facturación del saldo". Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera:

- Si sus costos compartidos son un copago (una cantidad en dólares establecida, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualesquiera servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicios para afiliados.

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre CareSalute (HMO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, cuidado médico, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. "Necesarios por razones médicas" significa que los servicios,

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

suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Usted recibe su cuidado médico de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado médico que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea cuidado de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya hecho un referido. Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios proporcionados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP, por sus siglas en inglés) que le provee y supervisa su cuidado médico. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle un "referido".
- Algunos de los servicios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (algunas veces se llama "autorización previa") de nosotros. En la Tabla de beneficios médicos se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado con una nota al pie. Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Abdominoplastia
 - Ablación (hueso, cardíaca, hígado, riñón, próstata, vena)
 - Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (AICD, por sus siglas en inglés)
 - Cabestrillos de vejiga
 - Blefaroplastia
 - Biopsia de cáncer de mama
 - Procedimientos en mamas
 - Mastectomía parcial
 - Inyecciones de toxina botulínica
 - Angiografía cardiovascular por tomografía computarizada (CCTA, por sus siglas en inglés)
 - Cateterizaciones cardíacas
 - Implantes cardíacos
 - Terapia de resincronización cardíaca
 - Terapia de células T con receptores de antígeno quimérico (CAR-T, por sus siglas en inglés)
 - Ensayos clínicos
 - Implantes cocleares y de tronco cerebral
 - Escaneo por tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés)
 - Descompresión del nervio periférico (es decir, cirugía del túnel carpiano)

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

- Esofagogastroduodenoscopia (EGD, por sus siglas en inglés) de diagnóstico o esofagoscopia
- Camas eléctricas
- Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)
- Electrofisiología (EPS, por sus siglas en inglés) o EPS con mapeo 3D
- Tecnología emergente/Nuevas indicaciones de tecnología existente
- Inyecciones epidurales (solo para pacientes ambulatorios)
- Inyecciones en las facetas
- Cirugías de pies: Bunionectomía y dedo en martillo
- Bisturí de rayos gama o ciber bisturí
- Estimulación gástrica
- Chalecos de compresión torácica de alta frecuencia
- Cuidado de la salud en el hogar/infusión en el hogar
- Terapia hiperbárica
- Pruebas y tratamiento de la infertilidad
- Registradores de bucle
- Biopsia y resección de cáncer de pulmón
- Cuidado por maternidad - rutinario
- Angiograma por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés)
- Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)
- Diagnóstico molecular/exámenes genéticos
- Imágenes de perfusión miocárdica por tomografía computarizada de emisión monofotónica (MPI SPECT, por sus siglas en inglés)
- Terapia de presión negativa para heridas (NPWT, por sus siglas en inglés)
- Neuroestimuladores
- Ventiladores de uso domiciliario no invasivos
- Prueba de esfuerzo nuclear
- Cirugías para la obesidad
- Cirugías orales, ortognáticas y de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)

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

- Cirugías ortopédicas (artroscopia de cadera, rodilla y hombro)
- Otoplastia
- Angioplastia coronaria/colocación de stent ambulatoria
- Ecocardiograma transtorácico ambulatorio (TTE, por sus siglas en inglés)
- Bomba de infusión de analgésicos
- Paniclectomía
- Cierre de defecto septal atrial (ASD, por sus siglas en inglés) y del agujero oval persistente (PFO, por sus siglas en inglés)
- Implante peniano
- Revascularización periférica (aterectomía, angioplastia)
- Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)/Registro PET Oncológico Nacional de los Estados Unidos (NOPR, por sus siglas en inglés)
- Cirugía de próstata (Prostatectomía)
- Rinoplastia
- Mastectomía simple y cirugía de ginecomastia
- Escaneo por tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT, por sus siglas en inglés)
- Sustitutos de piel y tejidos
- Colchones especiales
- Cirugía espinal (fusión vertebral, otras cirugías de descompresión, cifoplastia, vertebroplastia)
- Dispositivos de estimulación (crecimiento óseo, neuromuscular, medular)
- Cirugía para apnea obstructiva del sueño
- Procedimientos endoscópicos de los senos paranasales/nasales quirúrgicos y sinuplastia con balón (excluye endoscopias nasales/senos paranasales de diagnóstico)
- Cirugías tiroideas (tiroidectomía y lobectomía tiroidea)
- Cirugías de válvulas transcatéter (TMVR, TAVR/TAVI y MitraClip)
- Estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés)
- Ecocardiograma transesofágico (TEE, por sus siglas en inglés)
- Uvulopalatofaringoplastia (UPPP, por sus siglas en inglés)
- Vena varicosa: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia

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

- Dispositivos cardíacos portátiles (p. ej., LifeVest®)
- Scooters eléctricos/sillas de ruedas

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que usted pagaría en Medicare original. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare y usted 2023*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro del Medicare original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará el costo compartido del plan por el cuidado recibido para la afección médica existente.
- Si Medicare añade cobertura para nuevos servicios durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

🍏 Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

*** Verá este asterisco al lado de los beneficios suplementarios en la Tabla de beneficios médicos.**

Tabla de beneficios médicos	
Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
🍏 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello por parte de su médico, asistente médico, profesional de enfermería practicante o especialista clínico en enfermería.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 20 consultas por año para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que: • Dura 12 semanas o más; • Es inespecífico, ya que no tiene causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado a cirugía; y • No está asociado a un embarazo.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Su plan requiere que los servicios sean proporcionados por un proveedor autorizado para realizar acupuntura o por proveedores que cumplan con los requisitos de los proveedores de Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
* Acupuntura como servicio de rutina La acupuntura es el procedimiento de insertar y manipular agujas en distintos puntos del cuerpo para aliviar el dolor o con fines terapéuticos que son necesarios por razones médicas. La cobertura incluye hasta 25 consultas por año calendario. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Acupuntura de rutina</u> Copago de \$0 • Consultorio del especialista
Inyecciones y suero para la alergia Usted está cubierto para inyecciones y suero para la alergia cuando sean necesarios por razones médicas.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y terrestre, al centro médico apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado médico únicamente si se proveen a un afiliado cuya afección médica es tal que los demás medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la afección del afiliado es tal que otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Ambulancia de emergencia</u> Copago de \$175 por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del 20% independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea <u>Servicio de ambulancia no de emergencia</u> Copago de \$0 por viaje independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia terrestre Coseguro del 20% independientemente de la cantidad de viajes – Ambulancia aérea
 Consulta anual de bienestar	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acudir a una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y en su estado de salud actual. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. Tenga en cuenta: la primera consulta anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses a partir de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya realizado la consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura de la consulta anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	bienestar.
 Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por el médico.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para afiliados que reúnen ciertos requisitos con un referido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia del comportamiento intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
 Prueba de detección de enfermedad cardiovascular	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de enfermedad cardiovascular.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, cubiertos una vez cada 24 meses • Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o vaginal, o está en edad de concebir y ha tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxación *Además, usted puede autorreferirse a un quiropráctico de la red para 12 consultas por año calendario para ajustes rutinarios de la columna vertebral. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</u> Copago de \$20 – Consultorio de un especialista <u>Servicios quiroprácticos rutinarios</u> Copago de \$20 – Consultorio de un especialista
 Prueba de detección del cáncer colorrectal Para personas de 50 años de edad y mayores, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Prueba de detección colorrectal basada en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
*Programa de comidas Deliver Fresh Después de una hospitalización de paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería, usted es elegible para recibir 2 comidas frescas por día durante 7 días. Hasta 14 comidas, entregadas en su domicilio.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Límite de 4 veces por año. Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de la hospitalización de paciente internado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Cubrimos: Los servicios dentales necesarios por razones médicas, según la cobertura de Medicare original Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios dentales cubiertos por Medicare</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Beneficios suplementarios de servicios dentales</u> *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios dentales. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios dentales que aparece al final de esta tabla.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de cuidado médico primario que puede proveer tratamiento de seguimiento y/o referidos.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de detección de depresión anual.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles anormales de triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, usted podría reunir los requisitos para que le hagan hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones para controlar la glucosa que permitan corroborar la exactitud de los monitores y las tiras reactivas.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Capacitación para el automanejo de la diabetes</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
– Estas son las únicas marcas cubiertas de monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas: ACCU-CHEK® fabricado por Roche, o productos Trividia a veces embalados con el nombre de su farmacia. – CarePlus cubre cualquiera de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas que estén especificados en la lista de marcas preferidas de arriba. En general, los productos de marcas no preferidas alternativas no están cubiertos a menos que su médico proporcione la información adecuada que indique que el uso de una marca alternativa es necesario por razones médicas en su situación específica. Si es nuevo en CarePlus y utiliza una marca de monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas que no está en la lista de marcas preferidas, puede contactarnos en los primeros 90 días de la inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca no preferida alternativa. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar si algún producto de las marcas preferidas enumeradas arriba es apropiado para usted desde el punto de vista médico. Los productos de marcas no preferidas no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales de cobertura sin autorización previa aprobada para una excepción a la cobertura. – Tanto en el caso de afiliados nuevos como los ya existentes, si es necesario por razones médicas que usted utilice o siga utilizando un producto de una marca no preferida alternativa, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a la cobertura para que CarePlus cubra un producto de una marca no preferida hasta el final del año de beneficio. 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 con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación, consulte el Capítulo 9 (<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>). • Para las personas con diabetes que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: un par por año calendario de zapatos terapéuticos personalizados (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas que son provistas con los zapatos). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. • Para monitoreo continuo de glucosa, consulte Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados.	<u>Suministros para el control de la diabetes</u> Copago de \$0 – Proveedor preferido para la diabetes – Proveedor para la diabetes – Farmacia minorista de la red <u>Zapatos y plantillas para diabéticos</u> Copago de \$10 – Proveedor de equipo médico duradero – Proveedor de prótesis

El símbolo 🍏 (servicio preventivo) se aplica únicamente a la capacitación para el automanejo de la diabetes.

Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para conocer la definición de "equipo médico duradero" consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento.) Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, monitores continuos de glucosa**, y andadores. Con este documento titulado <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) de CareSalute (HMO). La lista indica las marcas y los fabricantes de equipo médico duradero que cubriremos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2023. Por lo general, CareSalute (HMO) cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare original de las marcas y fabricantes de la lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos digan que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en CareSalute (HMO) y utiliza una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para determinar qué marca es apropiada para usted desde el punto de vista médico después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle un referido para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto a qué marca o producto es adecuado para su afección médica. (Si desea más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>). También cubre la insulina de la Parte B usada a través de una bomba de insulina. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa. **Monitores continuos de glucosa disponibles solo a través de un proveedor de equipo médico duradero.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Equipo médico duradero de alto costo</u> Coseguro del 20% – Proveedor de equipo médico duradero <u>Equipo médico duradero de bajo costo</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero A partir del 1 de julio de 2023, los costos compartidos de la insulina cubierta de la Parte B suministrada mediante un artículo de equipo médico duradero cubierto no serán superiores a \$35 por cada suministro para un mes (hasta 30 días).
 Electrocardiograma de detección	<u>Dentro de la red:</u>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
El ECG de detección, cuando se realiza como referido de la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare", solo está cubierto una vez en la vida del beneficiario.	no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una consulta de prueba de detección con electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés).
Cuidado médico en casos de emergencia El cuidado médico en casos de emergencia se refiere a servicios que son: • Provistos por un proveedor acreditado para prestar servicios en casos de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona legítima prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios en casos de emergencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. La cobertura incluye cuidado médico en casos de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los EE.UU. y sus territorios. Usted es responsable de los costos que excedan las tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios en casos de emergencia</u> Copago de \$90 – Sala de emergencias <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Sala de emergencias No paga los costos compartidos por visita a la sala de emergencias si es admitido en el mismo hospital en las siguientes 24 horas por la misma afección. Si usted recibe cuidado médico en casos de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado médico como paciente internado después de que se establezca su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado. O debe recibir cuidado como paciente internado en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y usted pagará la parte de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas auditivas y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado médico ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Beneficios suplementarios de servicios para la audición</u> *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	servicios para la audición. Para obtener información detallada, consulte la descripción del beneficio suplementario de servicios para la audición que aparece al final de esta tabla.
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección del VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean provistos por una agencia de cuidado de la salud en el hogar. Usted debe estar recluido en el hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo o intermitente y servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar (Para tener cobertura conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de un asistente de cuidado de la salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> Copago de \$0 – Hogar del afiliado <u>Equipo médico duradero de alto costo</u> Coseguro del 20% – Proveedor de equipo médico duradero <u>Equipo médico duradero de bajo costo</u> Copago de \$0 – Proveedor de equipo médico duradero
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto	<u>Dentro de la red:</u> <u>Suministros médicos</u> Coseguro del 20% – Proveedor de suministros médicos <u>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</u> Coseguro del 20% – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Farmacia

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar	<u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Cuidado de hospicio Usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado médico por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos programas que pertenecen o son controlados por la organización MA o en los que esta tiene un interés financiero. El médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: - Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor - Cuidado de relevo a corto plazo - Cuidado en el hogar <u>En cuanto a los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare original los servicios que Medicare original paga. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare original. <u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> si usted necesita servicios que no sean de emergencia, ni de cuidado que se necesita con urgencia que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios para usted depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa). - Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según la tarifa de servicio de Medicare (Medicare original).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por CareSalute (HMO). Las consultas de hospicio están incluidas como parte del cuidado de hospitalización. Pueden aplicarse costos compartidos de proveedor en el caso de consultas ambulatorias.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<u>En cuanto a los servicios que están cubiertos por CareSalute (HMO) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> CareSalute (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por las Partes A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos de su plan por estos servicios. Nota: si usted necesita cuidado médico que no sea de hospicio (cuidado médico que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza, una por cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la influenza adicionales si son necesarias por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para la COVID-19 • Otras vacunas si presenta riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y COVID-19.
Cuidado hospitalario a pacientes internados Incluye hospitalización para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día de paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidados médicos especiales (como unidades de cuidado coronario o de cuidados intensivos) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje • Servicios de farmacodependencia para pacientes internados	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. <u>Dentro de la red:</u> <u>Cuidado de hospitalización</u> Hospital para pacientes internados – Copago de \$300 por día, días 1 hasta 5 – Copago de \$0 por día, días 6 hasta 90

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
- Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden estar dentro o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado en la comunidad, puede elegir obtener sus servicios a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare original. Si CareSalute (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. - Si necesita un trasplante de órgano sólido o de médula ósea/células madre, póngase en contacto con nuestro Equipo de coordinación de casos al 1-866-657-5625, TTY 711 para obtener información importante sobre su cuidado médico de trasplantes. - Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. - Servicios del médico Nota: para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se requiere autorización previa para el cuidado hospitalario a pacientes internados. Se requiere autorización previa para los servicios de trasplantes.	<u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 Hospital para pacientes internados Si recibe cuidado de hospitalización autorizado en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red. Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días de hospitalización necesarios por razones médicas.
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una hospitalización.	Sus costos compartidos como paciente internado comenzarán el primer día cada vez que sea admitido o transferido a un tipo de centro específico, incluidos los

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
• Límite de 190 días de por vida para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de la salud mental provistos a pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Los días de beneficio utilizados a través del programa Medicare original serán tenidos en cuenta para calcular la reserva de 190 días de por vida al inscribirse en un plan Medicare Advantage. Se requiere autorización previa para el cuidado de la salud mental para pacientes internados.	centros de rehabilitación para pacientes internados, centros de cuidado para afecciones agudas a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés), centros de cuidado para afecciones agudas para pacientes internados y centros psiquiátricos para pacientes internados. <u>Dentro de la red:</u> <u>Cuidado de la salud mental para pacientes internados</u> Hospital para pacientes internados – Copago de \$300 por día, días 1 hasta 5 – Copago de \$0 por día, días 6 hasta 90 Centro psiquiátrico para pacientes internados – Copago de \$300 por día, días 1 hasta 5 – Copago de \$0 por día, días 6 hasta 90 <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Hospital para pacientes internados – Centro psiquiátrico para pacientes internados
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos	Cuando su hospitalización no esté cubierta, usted pagará el costo de los servicios recibidos según se describe en todo este cuadro de beneficios.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano interno disfuncional o inoperante de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Terapia física, ocupacional y del habla	
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando sea referido por el médico. Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare original) y luego 2 horas por año. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con un referido del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar el referido cada año si el tratamiento es necesario el siguiente año calendario.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambiar conductas de salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, incremento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	<u>Dentro de la red:</u> No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare original. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios provistos por médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> <u>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</u> Coseguro del 20% – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Farmacia

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
• Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluido en el hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos anticancerígenos y antieméticos de vía oral • Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, antídoto para la heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria No hay costo adicional por la administración de medicamentos de la Parte B. El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia por fases: www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B. Se puede requerir autorización previa para los medicamentos de la Parte B dentro de la red. También es posible que deba probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto se llama "terapia por fases". Para más detalles, contacte al plan.	<u>Medicamentos para quimioterapia</u> Coseguro del 20% – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio Su costo compartido por medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare es el mismo en todos los proveedores participantes. A partir del 1 de abril de 2023, algunos medicamentos reembolsables de la Parte B pueden estar sujetos a un coseguro inferior.
 Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de cuidado médico primario, donde este puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario u otro profesional médico para obtener información más detallada.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia de prevención de obesidad.
Servicios de programas de tratamiento con opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. para el tratamiento asistido con medicamentos agonistas y antagonistas de opioides (MAT, por sus siglas en inglés). • Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	– Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Dentro de la red: <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$175 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	– Centro de radiología independiente Copago de \$250 – Hospital ambulatorio Servicios de radiología básicos Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Centro de radiología independiente Copago de \$125 – Hospital ambulatorio Mamografía de diagnóstico Copago de \$0 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de radiología independiente Radioterapia Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Centro de radiología independiente Coseguro del 20% – Hospital ambulatorio Servicios de medicina nuclear Copago de \$250 – Hospital ambulatorio Copago de \$175 – Centro de radiología independiente Estudio del sueño en un centro

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<u>médico</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Estudio del sueño en el hogar</u> Copago de \$0 – Hogar del afiliado <u>Suministros médicos</u> Coseguro del 20% – Proveedor de suministros médicos <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio <u>Servicios de laboratorio</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista – Centro de cuidado de urgencia – Hospital ambulatorio – Laboratorio independiente
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, ellos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y por los estatutos del personal hospitalario para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Tenga en cuenta: a menos que el proveedor haya escrito una orden para	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si va a la sala de emergencias y se le pide que se quede para observación adicional, solo pagará el copago de la sala de emergencias. Consulte la sección "Cuidado de emergencia" de este cuadro para conocer lo que paga por una visita a la sala de emergencias. Se pueden aplicar costos adicionales para cualquier procedimiento o prueba que se realice durante la observación. Consulte la sección "Servicios hospitalarios ambulatorios". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento ambulatorio del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado médico en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse Nota: a menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.	Dentro de la red: <u>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de medicina nuclear</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de radiología básicos</u> Copago de \$125 – Hospital ambulatorio <u>Mamografía de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Radioterapia</u> Coseguro del 20%

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	– Hospital ambulatorio <u>Servicios de laboratorio</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios para la salud mental</u> Copago de \$30 – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial <u>Cuidado de heridas</u> Copago de \$30 – Hospital ambulatorio <u>Estudio del sueño en un centro médico</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio <u>Servicios en casos de emergencia</u> Copago de \$90 – Sala de emergencias <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Hospital ambulatorio
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional de enfermería practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental autorizado por el estado y acreditado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la salud mental</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Terapia física</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios <u>Terapia del habla</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios <u>Terapia ocupacional</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios
Servicios ambulatorios por farmacodependencia Tiene cobertura para el tratamiento de la farmacodependencia, según lo que está cubierto por Medicare original. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de farmacodependencia</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio – Hospitalización parcial
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en hospitales de cuidado médico ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria Nota: si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo a usted como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$250 – Hospital ambulatorio Copago de \$175 – Centro de cirugía ambulatoria <u>Colonoscopia de diagnóstico</u> Copago de \$0 – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio <u>Servicios profesionales y del</u>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<u>proveedor</u> Copago de \$0 – Centro de cirugía ambulatoria – Hospital ambulatorio
* Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) Usted reúne los requisitos para recibir un subsidio mensual de \$50 para utilizar en la compra de productos de salud y bienestar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) disponibles a través de farmacias designadas de CarePlus y otras estaciones de despacho aprobadas. Su subsidio mensual de \$50 está disponible el día 1 de cada mes. La cantidad del subsidio mensual no utilizada no se trasladará al mes siguiente. Póngase en contacto con Servicios para afiliados para obtener información detallada del beneficio o para obtener un formulario de pedido.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
Servicios de hospitalización parcial "Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario para la salud mental, que es más intensivo que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$30 – Hospitalización parcial
*Examen físico (rutinario) Además de la consulta anual de bienestar o del examen físico "Bienvenido a Medicare", su cobertura incluye el siguiente examen una vez por año: • Evaluación y control de medicina preventiva integral, incluso un historial adecuado para la edad y sexo, examen, y asesoramiento/orientación anticipada/intervenciones de reducción de factor de riesgo Nota: los procedimientos de laboratorio o de diagnóstico que se ordenen no estarán cubiertos por este beneficio y usted paga los costos compartidos del plan por esos servicios por separado.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
Servicios del médico/profesional médico, incluso visitas al consultorio Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de cuidados médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios profesionales y del proveedor</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Hospital ambulatorio

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
especialista, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos los servicios prestados por proveedores de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) y especialistas; sesiones individuales para servicios especializados de salud mental y servicios psiquiátricos; sesiones individuales para servicios ambulatorios por farmacodependencia; y servicios que se necesitan con urgencia. – Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o a través de servicios de telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de esta vía. – Puede utilizar un teléfono, una computadora, una tableta u otra videotecnología. • Algunos servicios de telemedicina, entre ellos, consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telemedicina para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario con acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del afiliado. • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente del lugar donde usted se encuentre. • Servicios de telemedicina para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental coexistente, independientemente del lugar donde se encuentre. • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: – Realiza una consulta en persona en los 6 meses previos a su primera consulta de telemedicina – Realiza una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe servicios de telemedicina – Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud acreditados por el gobierno federal • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: – Usted no es un paciente nuevo y – El control no está relacionado con una consulta médica en los últimos 7 días y – El control no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Evaluación de video y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas	Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Servicios de telesalud</u> Copago de \$0 – Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) virtual – Atención de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias Virtual – Cuidado de urgencia virtual Copago de \$30 – Especialista virtual <u>Servicios de imágenes avanzadas</u> Copago de \$175 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Servicios de cirugía</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Radioterapia</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Servicios que se necesitan con urgencia</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) Copago de \$30 – Consultorio de un especialista

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
si: – Usted no es un paciente nuevo y – La evaluación no está relacionada con una consulta médica en los últimos 7 días y – La evaluación no conduce a una consulta médica que sea dentro de las 24 horas posteriores o la cita más cercana disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o con sus registros médicos electrónicos • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no sea rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica cancerígena, o servicios que estarían cubiertos si los proveyera un médico) • Servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en un consultorio médico Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores *La cobertura también incluye beneficios suplementarios de cuidado rutinario de los pies: • Usted puede autoreferirse para una cantidad ilimitada de consultas por año a un especialista de la red. Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: – Reducción o corte de lesiones hiperqueratósicas benignas (por ej., durezas, verrugas, callos) – Recorte o desbridamiento de uñas Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de podología cubiertos por Medicare</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Cuidado rutinario de los pies</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen rectal digital • Examen de antígeno específico de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés)	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	<u>Dentro de la red:</u>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos. Además, incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta sección. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	Coseguro del 20% – Proveedor de prótesis
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a muy grave y un referido para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$20 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusen del alcohol, pero que no son alcohólicos. Si su evaluación da positivo para abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento en persona por año (si usted está alerta y es competente durante el asesoramiento) provistas por un médico de cuidado primario o profesional médico acreditado, en un entorno de cuidado médico primario.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los afiliados elegibles son: personas de 50 a 77 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que han recibido una orden escrita para una LDCT durante una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida conforme a los criterios de Medicare para dichas consultas a cargo de un médico o profesional no médico acreditado.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y la toma de decisiones compartida, cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés).

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT: el afiliado debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico acreditado. Si el médico o el profesional no médico acreditado opta por proporcionar una sesión de asesoramiento para pruebas de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</i>	
 Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual cuando los exámenes son ordenados por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un entorno de cuidado médico primario, como en un consultorio médico.	<u>Dentro de la red:</u> no hay ningún coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) cubiertas por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento sobre STI.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado médico. Para los afiliados que se encuentran en la etapa IV de su enfermedad renal crónica cuando su médico los refiere, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicio temporalmente, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado médico especial) • Capacitación para realizarse autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios de educación sobre la enfermedad renal</u> Copago de \$0 – Consultorio del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) – Consultorio de un especialista <u>Servicios de diálisis renal</u> Coseguro del 20% – Centro de diálisis – Hospital ambulatorio <u>Equipo médico duradero de alto costo</u> Coseguro del 20% – Proveedor de equipo médico

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
hogar) - Equipo y suministros para diálisis en su hogar - Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección, "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	duradero <u>Equipo médico duradero de bajo costo</u> Copago de \$0 - Proveedor de equipo médico duradero <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> Copago de \$0 - Hogar del afiliado
* Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® SilverSneakers® es un programa de acondicionamiento físico para personas de la tercera edad que se incluye sin cargo adicional con planes de salud de Medicare elegibles. Los afiliados tienen acceso a más de 15,000 gimnasios en todo el país que pueden incluir pesas y máquinas, además de clases de ejercicio en grupo dirigidas por instructores capacitados en lugares seleccionados. Acceda a educación en línea en SilverSneakers.com, mire videos de entrenamiento en SilverSneakers On-Demand™ o descargue la aplicación para acondicionamiento físico SilverSneakers GO™, para ver más ideas de entrenamiento. Su afiliación no incluye servicios en un centro de acondicionamiento físico que normalmente tienen una tarifa adicional.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Para conocer la definición de "cuidado en un centro de enfermería especializada" consulte el Capítulo 10 de este documento. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se les llama "SNF", por sus siglas en inglés). La cobertura incluye hasta 100 días necesarios por razones médicas por periodo de beneficios. No se requiere una hospitalización anterior. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: - Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) - Comidas, incluidas las dietas especiales - Servicios de enfermería especializada - Terapia física, ocupacional y del habla - Medicamentos que reciba como parte de su plan de cuidado médico (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre). - Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de	Se iniciará un nuevo periodo de beneficio el primer día que se inscriba por primera vez en un plan Medicare Advantage, o cuando se le haya dado de alta de un centro para pacientes internados o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Por periodo de beneficio, usted paga: <u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por día, días 1 hasta 20 - Centro de enfermería especializada Copago de \$188 por día, días 21 hasta 100 - Centro de enfermería

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas, provistos normalmente por los centros de enfermería especializada • Servicios del médico o profesional médico Por lo general, recibirá cuidado de centros de enfermería especializada en centros de la red. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pueda recibir cuidado de un centro médico que no es un proveedor de la red si este acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un hogar de ancianos o comunidad de cuidado continuo para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar provea cuidado en un centro de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que viva su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	especializada
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar o consumir tabaco con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	Dentro de la red: no hay ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios de prevención para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se	Dentro de la red: Copago de \$30 – Consultorio de un especialista – Hospital ambulatorio

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital en un entorno para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico • Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la PAD • Contar con la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería practicante/especialista en enfermería clínica con formación tanto en técnicas básicas como de soporte vital avanzado La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un periodo prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	
*Transporte La cobertura incluye ilimitados viajes que no sean en caso de emergencia a localidades aprobadas por el plan dentro del área de servicio del plan. Contacte a Servicios para afiliados para obtener información sobre cómo coordinar el transporte. Los arreglos deben hacerse al menos 3 días hábiles antes de la cita. Servicios para afiliados confirmará sus beneficios y lo guiará al proveedor de transporte para planificar su viaje. Es posible que se requiera autorización para viajes de más de 35 millas. Se pueden aplicar reglas de autorización previa. Para más detalles, contacte al plan.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0
Servicios que se necesitan con urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere cuidado médico inmediato, pero dadas sus circunstancias no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas. Si dadas sus circunstancias no es razonable obtener de inmediato el cuidado médico del proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor fuera de la red.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios que se necesitan con urgencia</u> Copago de \$30 – Centro de cuidado de urgencia

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
La cobertura incluye servicios que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita cuidado de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios prestados. Debe enviar prueba de pago a CarePlus para el reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos todos sus gastos de desembolso personal. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las tarifas de los proveedores fuera de los EE. UU. y sus territorios. Usted es responsable de todos los costos que excedan nuestras tarifas contratadas, así como de todos los costos compartidos del afiliado que correspondan. Consulte "Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio médico" para obtener información adicional sobre los servicios que se necesitan con urgencia proporcionados en el consultorio de un médico.	
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad y mayores, y estadounidenses hispanos de 65 años de edad o mayores. • Para personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen monturas y lentes estándares según lo definido por Medicare; no está cubierto ningún producto de calidad superior (incluidos, entre otros, monturas de lujo, tintes, lentes progresivos o capa antirreflectora). El símbolo  (servicio preventivo) se aplica únicamente a las pruebas de detección de glaucoma. Se pueden aplicar requisitos de autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> <u>Servicios para la vista cubiertos por Medicare</u> Copago de \$30 – Consultorio de un especialista <u>Prueba de detección de glaucoma</u> Copago de \$0 – Consultorio de un especialista <u>Examen de la vista para diabéticos</u> Copago de \$0 – Todos los centros de tratamiento <u>Artículos para la vista (después de una cirugía de cataratas)</u> Copago de \$0 – Todos los centros de tratamiento <u>Beneficios suplementarios de servicios para la vista</u> *Usted tiene cobertura para beneficios suplementarios de servicios para la vista. Para obtener información detallada, consulte la descripción de beneficios suplementarios de servicios para la vista que aparece al final de esta tabla.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	Tenga en cuenta: la red de proveedores para sus beneficios suplementarios de servicios para la vista puede ser diferente a la red de proveedores para los beneficios de servicios para la vista de Medicare original indicados anteriormente.
 Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertas pruebas de detección y vacunas), y si fuera necesario, referidos para otro tipo de cuidado médico que necesite. Importante: cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio médico que usted quiere programar una consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	Dentro de la red: no hay ningún coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Beneficio suplementario dental obligatorio DEN950**Descripción de la cobertura**

Usted puede recibir los siguientes servicios de rutina dentales no cubiertos por Medicare:

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Servicios dentales - Exámenes orales preventivos (2 total(es) por año calendario), ya sea un examen oral integral (1 procedimiento cada 3 años) o un examen oral periódico (2 procedimientos por año calendario) - Profilaxis (limpiezas) (2 códigos de procedimiento por año calendario) - Mantenimiento periodontal (línea de las encías) (4 códigos de procedimiento por año calendario) - Alisado y raspado radicular (limpieza profunda) (1 código de procedimiento cada año calendario, por cuadrante) - Radiografías de mordida (2 juegos por año calendario) - Radiografía(s) panorámica(s) (1 código de procedimiento por año calendario) - Tratamientos con flúor (2 códigos de procedimiento por año calendario) - Empastes de amalgama (plata) o de resina de composite (blanca) (4 códigos de procedimiento por año calendario)	Copago de \$0

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
• Implante de restauración (1 código de procedimiento por año calendario) • Extracciones (sacar dientes) quirúrgicas o no quirúrgicas (6 códigos de procedimiento por año calendario) • Corona(s) (1 código de procedimiento por año calendario) • Conducto radicular (1 código de procedimiento por año calendario) • Dentaduras postizas completas (superior e inferior) o dentaduras postizas parciales (superior e inferior) (1 dentadura superior completa/parcial y/o 1 dentadura completa/parcial inferior cada 5 años calendario, incluido cuidado rutinario después de la entrega) Incluye extracciones necesarias para adaptar las dentaduras postizas (ilimitado) • Revestimiento de dentadura postiza (1 código de procedimiento por año calendario) • Anestesia necesaria con servicio cubierto Puede ver la Tabla de beneficios dentales, la cual enumera los códigos y servicios cubiertos bajo este plan en nuestro sitio web en www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources. Debe visitar a un proveedor de la red dental participante para recibir los beneficios dentales. Consulte el Directorio de proveedores o nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para obtener los nombres y ubicaciones de los proveedores participantes en su área o llame a Servicios para afiliados al número en la contraportada de este documento.	

Los proveedores dentales de la red se enumeran bajo Dentists (Dentistas) en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la audición HER721**Descripción de la cobertura**

Usted puede recibir los siguientes servicios no cubiertos por Medicare de un proveedor de servicios de audífonos de la red:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen auditivo rutinario (1 por año calendario)	\$0
Ajuste/evaluación de audífonos (1 por año calendario)	\$0

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

Descripción del beneficio	Usted paga
Audifono(s) (1 por oído por año calendario) • Tenga en cuenta: incluye suministro de 2 meses de baterías y garantía de 1 año.	Cualquier cantidad que exceda \$2,000 por oído por año calendario

Los proveedores de audifonos de la red se enumeran en Audiólogos en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

Beneficio suplementario obligatorio de servicios para la vista VIS143**Descripción de la cobertura**

Usted puede recibir los siguientes servicios rutinarios relacionados con la vista no cubiertos por Medicare:

Descripción del beneficio	Usted paga
Examen rutinario de la vista • Incluye examen de la vista/refracción y dilatación • 1 examen por año calendario	\$0
Elección de 1 opción de anteojos por año del plan:	
<u>Opción 1 de artículos para la vista</u> • Anteojos: montura, lentes y adaptación; • Lentes de contacto, convencionales o desechables, y adaptación	Cualquier cantidad que exceda \$400
<u>Opción 2 de artículos para la vista</u> Opción de 3 par(es) de anteojos seleccionados**, montura y lentes, por año del plan Puede elegir anteojos de sol recetados como 1 par	\$0**
Los complementos de anteojos incluyen un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras, bifocales estándar sin línea y lentes de transición.	\$0

**Consulte a un proveedor para la vista de la red para obtener más información sobre la opción de anteojos sin costo.

Los proveedores para la vista de la red se enumeran bajo Optometrists (Optometristas) en el Directorio de proveedores y en la herramienta de búsqueda de proveedores en línea.

- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.
- Tenga en cuenta: los beneficios son ofrecidos en base al año calendario. Si estos beneficios se cambian o se eliminan el próximo año o el año después y usted no los ha utilizado, dejará de ser elegible para recibir los beneficios descritos anteriormente.

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* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le indica los servicios que están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, este plan no los cubre.

La siguiente tabla describe los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aun si recibe los servicios en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubren y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento.)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cargos por los equipos utilizados principal y habitualmente con fines no médicos, aunque el artículo tenga algún uso remoto relacionado con la medicina.		Cubiertos solamente cuando sean considerados necesarios por razones médicas.
Procedimientos o cirugías estéticas		• Cubiertos en los casos de lesiones por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidado personal no médico. El cuidado personal no médico es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare original generalmente define como no aceptados por la comunidad médica.		Pueden estar cubiertos por Medicare original, dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Gastos generados por cuidado médico por parte de familiares directos o personas que habiten en su hogar.	✓	
Cuidado de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas sencillas.	✓	
Servicios de naturópatas (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental que no sea rutinario		El cuidado dental requerido para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como cuidado médico para un paciente internado o ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un arnés de pierna y están incluidos en el costo del arnés. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierta solamente cuando sea considerada necesaria por razones médicas.
Procedimientos para la reversión de la esterilidad o suministros de anticoncepción no recetados.	✓	
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare original	✓	

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

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare original ni por nuestro plan:**

- Queratotomía radial, cirugía LASIK, y otros accesorios para la vista deficiente. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas, y según se describe en la Tabla de beneficios médicos, sujeto a limitaciones.
- Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando los servicios en casos de emergencia se reciben en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los afiliados continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
 - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
 - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes servicios como odontología estética:
 - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide.
 - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita.
 - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia o la caracterización y la personalización de los componentes de dispositivos protésicos.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
 - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
 - Restauración o mantenimiento de la oclusión.

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

- Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
- Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
- Registro de mordida o análisis de mordida.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio odontológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio, planes de tratamiento o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la audición, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- Cualquier cargo por exámenes, pruebas, evaluaciones o cualquiera de los servicios por encima de los máximos indicados.
- Cualquier gasto que esté cubierto por Medicare o por cualquier otro programa del gobierno o plan de seguro, o por el cual usted no esté legalmente obligado a pagar.
- Servicios provistos por autorización o consulta médica.
- Cualquier tarifa por readaptación por audífonos dañados o perdidos.
- Cualquier cargo por servicios prestados por un proveedor de audífonos que no pertenece a la red. Los proveedores de audífonos dentro de la red se reservan el derecho de brindar servicio únicamente para dispositivos comprados de proveedores dentro de la red.
- Audífonos y consultas con el proveedor para brindar servicios de audífonos (excepto los descritos específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auriculares, accesorios para audífonos, cargos por devolución, cargos por reclamación de garantía y baterías para audífonos (más allá del límite cubierto).

Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:

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

- Cualquier beneficio recibido de un proveedor de servicios ópticos que no pertenece a la red.
- Readaptación o cambio en el diseño de los lentes después de la adaptación inicial.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Cualquier servicio que no esté mencionado específicamente en el beneficio suplementario.
- Terapia ortóptica o entrenamiento de la vista.
- Dispositivos para la vista subnormal y exámenes relacionados.
- Lentes aniseicónicas.
- Lentes para deportistas o industriales.
- Prismas (no cubiertos con subsidio, pero pueden estar disponibles a una tarifa con descuento sobre el precio minorista; consulte con el proveedor para obtener detalles)
- Cualquier servicio que consideremos estético.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden la cantidad del subsidio para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Lentes planas.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
- Gafas de sol no recetadas.
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Servicios o materiales provistos por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado para la vista.
- Tratamiento correctivo de la vista con fines de naturaleza experimental.
- Soluciones o productos de limpieza para anteojos o lentes de contacto.
- Artículos no recetados.
- Costos relacionados con materiales de seguridad.
- Servicios pre y posoperatorios.
- Ortoqueratología.
- Mantenimiento rutinario de los materiales.
- Lentes pintados artísticamente.
- Gastos incurridos mientras califica para cualquier programa de compensación laboral o ley o decreto de enfermedad ocupacional, más allá de que haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
 - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
 - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
 - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier pérdida causada o empeorada por la guerra o un acto bélico, ya sea declarado o no, por un acto de conflicto armado internacional, o por un conflicto que involucre a las fuerzas armadas de cualquier autoridad internacional.
- Si no asiste a una cita.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que determinemos que no es necesario según criterio oftalmológico; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.

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

- Reemplazo de lentes o monturas de anteojos proporcionados por este beneficio suplementario que se hayan roto o perdido, a menos que estén disponibles de otro modo conforme al beneficio suplementario.
- Cualquier examen o material requerido por un patrono como condición de empleo o de protección ocular.
- Tratamiento de una patología.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios cubiertos

En ocasiones, cuando recibe cuidado médico, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede encontrar que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las normas de cobertura del plan o podría recibir una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse "reembolso"). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya fechas límites que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o posiblemente por más de su parte del costo compartido como se describe en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíe la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor tiene contrato, todavía tiene el derecho al tratamiento.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida:

1. Cuando recibió cuidado médico que se necesita con urgencia o en caso de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios en casos de emergencia o que necesitan con urgencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde para servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proveer cuidado de emergencia. Si, por error, usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado médico, debe solicitarnos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Usted puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó más de la parte que le corresponde del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y solo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que su cantidad de costos compartidos) se aplica incluso si pagamos

Capítulo 5. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos

al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor a la que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red pero considera que le pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según el plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7 de este documento, se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida**

Usted puede pedirnos enviarle un reembolso al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservarla en sus registros.

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. Envíenos su solicitud para el pago junto con la siguiente información:
 - Prueba de pago
 - Factura detallada que incluye el artículo o servicio recibido
 - Orden del médico (si aplica)
 - Historiales médicos
 - Cualquier otra documentación adicional
- Guarde una copia de toda la documentación en sus registros
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.careplushealthplans.com/members/) o llamar a Servicios para afiliados y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

CarePlus Health Plans, Inc., Attention: Member Services Department, PO BOX #277810, Miramar, FL 33027

Capítulo 5. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos cubiertos

Debe enviarnos la reclamación de la Parte C (cuidado médico) en el transcurso de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no**Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio y cuánto debemos**

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

- Si decidimos que el cuidado médico está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no ha pagado el servicio, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico *no* está cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago y su derecho de apelar esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte del cuidado médico, puede realizar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver los detalles sobre cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad cultural como afiliado del plan

Sección 1.1	Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Servicios para afiliados.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de CarePlus Health Plans, Inc. al 1-800-794-5907, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with CarePlus Health Plans, Inc., Grievance and Appeals Department at 1-800-794-5907, TTY 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que provea y coordine sus servicios cubiertos. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido.

Usted tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener oportunamente los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de cuidado.

Si considera que no recibe el cuidado médico dentro de un plazo razonable, el Capítulo 7, le informa lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud como lo exigen estas leyes.

- La "información personal sobre su salud" incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los expedientes médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proveemos un aviso por escrito, llamado "Aviso sobre prácticas de privacidad", que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no provea ni pague su cuidado, *debemos obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted.*

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- Existen determinadas excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad del cuidado.
 - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle la información sobre su salud a Medicare. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que le identifique de manera exclusiva.

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

Tiene derecho a examinar su expediente médico que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, llame a Servicios para afiliados.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Para su información de salud personal

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley, incluida la información que hayamos creado o recibido antes de realizar los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud. Esto incluye información creada o recibida por un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o condición física o mental, el cuidado de la salud que se le ha proporcionado o el pago de dicho cuidado de la salud.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida la información electrónica, escrita y oral. Entre los procedimientos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:

- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros empleados con respecto a nuestros programas y políticas de privacidad.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico para que usted pueda recibir cuidado de la salud.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado de la salud, y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades operativas de cuidado de la salud, lo que incluye procesar su inscripción, responder a sus preguntas, coordinar su cuidado, mejorar la calidad y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan, para permitirle desempeñar las funciones de administración del plan, como actividades relacionadas con la elegibilidad, la inscripción y la desafiliación. Podemos compartir, en ciertas situaciones, información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan. Por ejemplo, para permitirle al patrocinador de su plan obtener ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso o el patrocinador de su plan debe certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si usted optó por no recibir este tipo de información según se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia. A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente pertinente a la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para ayuda en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?

No usaremos ni divulgaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información de salud protegida.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información podrá seguirse usando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por el trabajo de copiar, por los suministros para crear la copia (en papel o electrónica) y por el franqueo.
- Decisión adversa sobre la suscripción: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación. *
- Comunicación alterna: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar la corrección de cualquiera de estos datos personales mediante su enmienda o eliminación. En un plazo de 30 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud por escrito, le notificaremos nuestra modificación o eliminación de la información en disputa, o nuestra negativa a realizar dicha corrección, después de una investigación adicional. En caso de que nos neguemos a modificar o eliminar la información en disputa, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos de su desacuerdo con nuestra evaluación de la información en disputa y lo que usted considera que es la información correcta. Pondremos dicha declaración a disposición de todas las partes que revisen la información en disputa.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, actividades operativas del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir en cualquier momento una copia por escrito de este aviso.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar este límite, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?

Todos sus derechos de privacidad se pueden ejercer mediante la obtención de los formularios pertinentes. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:

- Contactarnos al 1-866-861-2762
- Ingresar a nuestro sitio web en espanol.humana.com y entrar al enlace de “Prácticas de privacidad”
- Enviar el formulario de solicitud completado a:

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debo hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentarnos una queja llamándonos al: 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si usted así lo solicita. También puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no le castigaremos ni tomaremos represalias de ninguna manera.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

Cumplimos todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en las que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

¿Qué pasará si mi información se usa o divulga de manera inapropiada?

La ley nos exige proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no protegida, le notificaremos oportunamente.

Las siguientes empresas afiliadas y subsidiarias también cumplen con nuestros programas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Go365 by Humana for Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

Vigente a partir de 9/2013

Sección 1.4 Debemos darle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de CareSalute (HMO), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para afiliados:

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red.** Usted tiene derecho a que le enviemos información sobre las calificaciones de los proveedores de la red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico no está cubierto, o si su cobertura está restringida. El capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su cuidado

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud le provean toda la información. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Usted tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier cuidado de la salud o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.
- **Derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le sugiera no hacerlo. Por supuesto, si se niega al tratamiento, asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pudiera tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas con antelación a estas situaciones se conocen como "**instrucciones anticipadas**". Existen diversos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados "**testamento en vida**" y "**poder legal para decisiones acerca del cuidado de la salud**" son algunos ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para proveer sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones anticipadas de organizaciones que proveen a las personas información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proveer copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si 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 preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar el formulario de instrucciones anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

Si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones, usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La información de contacto se puede encontrar en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

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

En CarePlus, se utiliza un proceso denominado Control de la utilización (UM, por sus siglas en inglés) para determinar si un servicio o tratamiento está cubierto y califica para ser pagado bajo su plan de beneficios. CarePlus no recompensa ni provee incentivos financieros a los médicos, otros individuos o empleados de CarePlus por negar cobertura o alentar menos uso de los servicios. De hecho, CarePlus trabaja con sus médicos y otros proveedores para ayudarle a obtener el cuidado más apropiado para su afección médica. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con el Control de la utilización, el personal está disponible al menos ocho horas del día durante el horario laborable. CarePlus cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas sobre el Control de la utilización de los afiliados que no hablan inglés. Contacte a Servicios para afiliados a fin de obtener las respuestas a estas y otras preguntas que puedan surgirle sobre su plan de beneficios. Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual.

CarePlus continuamente toma decisiones sobre la cobertura de nuevos dispositivos y procedimientos médicos. Esto sucede mediante la consulta de literatura médica con revisión de pares y el asesoramiento de expertos médicos para ver si la nueva tecnología es eficaz y segura. CarePlus también se basa en las orientaciones de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), que a menudo toman decisiones de cobertura a nivel nacional sobre nuevos dispositivos o procedimientos médicos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le informa lo que puede hacer. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de derechos civiles**

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a su Oficina de derechos civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para afiliados.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048.)

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar a Servicios para afiliados**
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

Puede contactar a **Medicare**.

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones en Medicare". (La publicación está disponible en: <https://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 siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2

Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan

A continuación, se describe lo que debe hacer como afiliado del plan. Si tiene alguna pregunta, contacte a Servicios para afiliados.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se proveen detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o cobertura aparte para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado médico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que recibe cuidado médico.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que le ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y siguiendo hasta el final con su cuidado.**
 - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y a otros proveedores de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.

Capítulo 6. Sus derechos y responsabilidades

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.
 - Para algunos de los servicios médicos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, necesitamos que nos lo comunique** para poder mantener actualizado su registro de afiliado y saber cómo contactarle.
- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de jubilación ferroviaria).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud
--

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos para manejar los problemas y las inquietudes:

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

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

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

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

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

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de "presentar una queja" en lugar de "presentar una queja formal", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" y "organización revisora independiente" en lugar de "Entidad revisora independiente".
- Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proveer detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, le recomendamos que siempre se comunique con Servicios para afiliados para obtener ayuda. Pero en determinadas situaciones también es posible que desee la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarlo a

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

comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Encontrará números de teléfono y direcciones de sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

¿Su inquietud o problema es acerca de sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que el cuidado médico o los medicamentos recetados estén cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados.

Sí.	No.
Consulte la sección siguiente de este capítulo, Sección 4, "Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones" .	Avance a la Sección 9 al final de este capítulo: "Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes" .

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones****Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general**

Las decisiones de cobertura y apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos, incluidos los pagos. Este es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si algo está cubierto o no, y cómo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico, esta es una decisión de cobertura (favorable) para usted cuando recibe cuidado médico de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden llamarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o se niega proporcionar el cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Hacemos una decisión de cobertura cuando decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un servicio, y no está de acuerdo, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que analizamos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina una apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos correctamente con todas las normas. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos una parte o toda su apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización revisora independiente que no tiene conexión con nosotros. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B automáticamente se enviarán a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. Usted no necesita hacer nada.) Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación (la Sección 8 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

A continuación, presentamos algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para afiliados.**

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

- **Puede obtener ayuda gratuita** a través de su Programa estatal de asistencia en seguro de salud.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para afiliados y solicite el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
 - Para cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, esta será enviada automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar, o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar que la organización revisora independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo provee la información detallada para <u>su</u> situación?
--------------------	--

Existen tres tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proveemos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo" (*Se aplica solo a los siguientes servicios:*

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

servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés))

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicios para afiliados. También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés).

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su cuidado médico
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de cuidado médico" o "cuidado médico" que incluye artículos y servicios médicos así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B difieren de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinado cuidado médico que desea, y usted considera que dicho cuidado médico está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desea proveerle y usted considera que dicho cuidado está cubierto por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió cuidado médico que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos ese cuidado. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó el cuidado médico que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de ese cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le notifica que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

TENGA EN CUENTA: si la cobertura que se dejará de ofrecer es de servicios de cuidado hospitalario, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidado.

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

Cuando una decisión de cobertura involucra su cuidado médico, se conoce como **"determinación de la organización"**.

A la "decisión de cobertura rápida" se le conoce como **"determinación acelerada"**.

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

Por lo general, una "decisión de cobertura estándar" se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una "decisión de cobertura rápida" se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida debe cumplir con dos requisitos:

- *Solamente puede solicitar cobertura de cuidado médico que usted aún no ha recibido.*
- *Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de plazos estándar podría ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física.*
- **Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proveerla.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le proveamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Indicará que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explicará que, si el médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proveeremos.
 - Indicará que puede presentar una "queja rápida" acerca de nuestra decisión de proveerle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le autoricemos o proveamos la cobertura del cuidado médico que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le comunicamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos

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

tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta sobre su queja apenas hayamos tomado la decisión. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos los plazos acelerados

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos más días, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos apenas hayamos tomado la decisión.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de por qué nos negamos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que revisemos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales

A una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de cuidado médico se le conoce como "reconsideración" del plan.

A una "apelación rápida" también se le conoce como "reconsideración acelerada".

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

Por lo general, una "apelación estándar" se realiza en un plazo de 30 días. Por lo general, una "apelación rápida" se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de cuidado médico que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos informa que su salud requiere una "apelación rápida", aceptaremos proveerla.

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

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los necesarios para obtener una "decisión de cobertura rápida" de la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También pueden llamarnos para solicitar una apelación. El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta acerca de la decisión de cobertura. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, explique el motivo del atraso en su apelación cuando realice su apelación. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente toda la información. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información posiblemente contactándonos con usted o con su médico.

Plazos para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización revisora independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proveer la cobertura acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente reenviaremos su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una "apelación estándar"

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

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que usted aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos más días, se le informaremos por escrito. No podemos demorarnos más para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos extendernos más días, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)
 - Si no le damos una respuesta a más tardar en la fecha límite (o al finalizar el período extendido), enviaremos su solicitud a un Nivel 2 de apelación donde una organización revisora independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proveer la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si la respuesta de nuestro plan a su apelación es negativa, ya sea de forma parcial o total**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Términos legales

El nombre formal de la "organización revisora independiente" es " Entidad revisora independiente ". A veces también se le conoce como " IRE " (por sus siglas en inglés).

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización revisora independiente realiza una revisión de su apelación.

- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su "archivo del caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a darle a la organización revisora independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le proveyó una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le proveerá una "apelación rápida" en el Nivel 2

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

- Para la "apelación rápida", la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le proveyó una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le proveerá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde el momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente debe recopilar más información que pudiera beneficiarle, el plazo **puede extenderse hasta 14 días calendario más**. La organización revisora independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización revisora independiente le informa su respuesta.

La organización revisora independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud de un artículo o servicio médico es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar la cobertura del cuidado médico en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora.
- **Si la respuesta de la organización revisora a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización revisora, en el caso de las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de cuidado médico no debe autorizarse. (Esto se denomina "mantener la decisión". También se llama "rechazar su apelación"). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta que:
 - Explicará su decisión.
 - Le notificará sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del cuidado médico cumple con un determinado mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización revisora independiente le informará la cantidad en dólares con la que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le dirá cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 8 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por cuidado médico?

En el Capítulo 5 se describen las situaciones en que puede ser necesario solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

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

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, usted está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, evaluaremos si el cuidado médico por el que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita el reembolso del pago por el cuidado médico que ya recibió y pagó usted, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días calendario.

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

Cuando se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted en la preparación para el día en que le den de alta del hospital. Le ayudarán a organizar el cuidado médico que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se le llama su **"fecha de alta"**.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En un plazo de dos días luego de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización
- Dónde informar sus inquietudes sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

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

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta. La firma del aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.

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

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad del cuidado médico) a mano en caso de necesitarla.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios como paciente internado sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada es adecuada para usted por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche de la fecha de su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, podrá quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de parte de la Organización para el mejoramiento de la calidad.

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

- **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos del cuidado hospitalario recibido después de la fecha de alta planificada.*
- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 6.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día posterior a nuestra comunicación, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica la fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para afiliados o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los "revisores") le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos provisto.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros donde se le proveerá su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le comunicará la respuesta a su apelación.**¿Qué sucede si la respuesta es positiva?**

- Si la organización revisora *acepta* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sean necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.

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

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelación.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si se queda en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

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

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.***Si la organización revisora provee una respuesta positiva:***

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó la primera apelación. **Debemos seguir proveyéndole cobertura de cuidado de hospitalización mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora provee una respuesta negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina "mantener la decisión".
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

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

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 8 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Términos legales

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como "apelación acelerada" .
--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 de la fecha del alta del hospital. Si vence el plazo para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, existe otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1**Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".**

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la fecha de alta planificada, para comprobar si el alta era adecuada por razones médicas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si la fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

Paso 3: Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su solicitud de una apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que sigue necesitando permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su solicitud de una apelación**, significa que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado termina a partir del día en que informamos que finalizaría la cobertura.

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

- Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta planificada.

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

Paso a paso: Proceso de Apelación alternativa de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización revisora independiente" es " Entidad revisora independiente ". A veces también se le conoce como " IRE " (por sus siglas en inglés).

La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la organización revisora independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle el pago de la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado hospitalario que recibió a partir de la fecha de alta planificada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios como paciente internado durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta planificada era adecuada por razones médicas.
 - El aviso escrito que reciba de la organización revisora independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o un procurador.

Paso 3: Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o pasa a una apelación de Nivel 3.

- En la Sección 8 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Sección 7.1 Esta sección trata únicamente sobre tres servicios:
Servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando recibe **servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada, o cuidado de rehabilitación (en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés])**, usted tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de cuidado médico durante el tiempo que dicho cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de los **tres** tipos de cuidado médico, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura para ese cuidado médico, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su cuidado.*

Si cree que damos por finalizada la cobertura de su cuidado médico demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

"Aviso de no cobertura de Medicare". Le informa cómo puede solicitar una **"apelación por vía rápida"**. La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su cuidado médico.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le informa:
 - La fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su cuidado médico.
 - Cómo solicitar una "apelación por vía rápida" para solicitarnos que continuemos cubriendo su cuidado durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para que quede constancia de que lo ha recibido.** La firma del aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado médico.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su cuidado médico durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para afiliados. O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es adecuada por razones médicas.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico proporcionado a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: contacte con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

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

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad para comenzar su apelación a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Su plazo para contactar con esta organización

- Si deja pasar la fecha límite para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea presentar una apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.5.

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

Término legal
"Explicación detallada de no cobertura" . Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

Capítulo 7. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**¿Qué sucede durante esta revisión?**

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los "revisores") le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya provisto.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación y usted recibirá una **Explicación detallada de no cobertura** por parte de nosotros en la que le explicamos los detalles de nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proveyéndole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que existan limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo cuidado médico después de la interrupción de la cobertura del cuidado médico, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado médico durante un período más prolongado**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el mejoramiento de la calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte a la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

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

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado médico después de la fecha en que finalizó su cobertura de cuidado médico.

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

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad volverán a analizar minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.***¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir proporcionándole cobertura** del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Este le proveerá detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un Juez de derecho administrativo o procurador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 8 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la apelación de Nivel 1?**En su lugar, puede apelar ante nosotros**

Como se explica antes, debe actuar con rapidez para contactar a la Organización para el mejoramiento de la calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para contactar a esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

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

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se conoce como **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos solicita que le proveamos una respuesta en los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información relacionada con su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.

Paso 3: Le proveemos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aceptamos la apelación rápida**, significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionando la cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o cuidado en un centro de enfermería especializada, o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por ese cuidado médico.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso automáticamente pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.**Términos legales**

El nombre formal de la "Organización revisora independiente" es **"Entidad revisora independiente"**. A veces también se le conoce como **"IRE" (por sus siglas en inglés)**.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativo de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización revisora independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización revisora independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización revisora independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la organización revisora independiente.

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

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización revisora independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 9 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización revisora independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- Los revisores de la organización revisora independiente analizarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle el pago de la parte de los costos que nos corresponde por el cuidado médico que recibió a partir de la fecha en que informamos que finalizaría la cobertura. También debemos continuar proveyendo la cobertura del cuidado médico mientras sea necesario por razones médicas. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que deberíamos reembolsarle o el tiempo durante el cual deberíamos continuar la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.
- El aviso que reciba de la organización revisora independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización revisora independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de derecho administrativo o procurador. En la Sección 8 de este capítulo se provee más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3:	Un Juez de derecho administrativo o procurador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
------------------------------	---

- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o procurador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de derecho administrativo o procurador rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4:	El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
------------------------------	--

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no finalizar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión sobre una apelación de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio en los siguientes 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, posiblemente pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una Apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5:	Un juez del Tribunal del distrito federal revisará su apelación.
------------------------------	---

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

PRESENTACIÓN DE QUEJAS**SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones****Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestro Servicios para afiliados? • ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar a médicos u otros profesionales del cuidado de la salud por demasiado tiempo? ¿O a Servicios para afiliados o a otro personal del plan? – Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nuestra parte	• ¿No le proporcionamos un aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y la rechazamos; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para una decisión de cobertura o una apelación; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización revisora independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja**Términos legales**

- Una **"queja"** también se llama **"queja formal"**.
- **"Presentar una queja"** también se llama **"presentar una queja formal"**.
- **"Utilizar el proceso de quejas"** también se llama **"utilizar el proceso para presentar una queja formal"**.
- Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal acelerada"**.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para afiliados.** Si debe hacer algo más, Servicios para afiliados le informará. Llame al 1-800-794-5907, TTY 711, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en un plazo de 1 día hábil.
- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si realiza su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Instrucciones para presentar quejas formales**
Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907 TTY 711 para presentar una queja formal verbal.

Envíe una queja formal por escrito a:

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

CarePlus Health Plans, Inc.,
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. BOX #277810
Miramar, FL 33027

Cuando presente una queja formal, provea la siguiente información:

- ☐ Nombre
- ☐ Dirección
- ☐ Número de teléfono
- ☐ Número de identificación de afiliado
- ☐ Un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros en relación con la queja
- ☐ La acción que nos está solicitando
- ☐ Su firma o la firma de su representante autorizado y la fecha. Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor o alguna otra persona sea su representante, llame a Servicios para afiliados y pida el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>). El formulario le provee a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que usted tuvo el problema del cual desea quejarse.

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

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extendernos más días, le informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le proveeremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en las siguientes 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 9.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado médico a la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es por la *calidad del cuidado médico*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud a los que el gobierno federal les paga por verificar y mejorar el cuidado médico proporcionado a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

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

O bien

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.5	También puede informar a Medicare de su queja
--------------------	--

Puede presentar una queja acerca de CareSalute (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su afiliación a nuestro plan

La terminación de su afiliación a CareSalute (HMO) puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede abandonar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las cuales nos vemos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos terminar su afiliación.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar proveyéndole el cuidado médico y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su afiliación durante el Período anual de inscripción

Puede finalizar su afiliación durante el **Período anual de inscripción** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período anual de inscripción** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Opte por quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su afiliación en nuestro plan** terminará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.

Capítulo 8. Cómo finalizar su afiliación al plan

- Desafilarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este periodo, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su afiliación terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la fecha en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción
--------------------	--

En determinadas situaciones, los afiliados de CareSalute (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su afiliación en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

- **Es posible que sea elegible para finalizar su afiliación durante un Período especial de inscripción** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, póngase en contacto con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe cuidado médico en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
 - Si se inscribe en el Programa de cuidado total de salud para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para determinar si es elegible para un Período especial de inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su afiliación por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura para medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Medicare original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente al que hayamos recibido su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su afiliación, puede:

- **Llamar a Servicios para afiliados.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y usted 2023**.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su afiliación a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareSalute (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Automáticamente se le desafiliará de CareSalute (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Medicare original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito. Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le desafiliará de CareSalute (HMO) cuando comience la cobertura en Medicare original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su afiliación, debe continuar recibiendo los servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que termine su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo el cuidado médico a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación, generalmente nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareSalute (HMO) debe terminar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

CareSalute (HMO) debe terminar su afiliación al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, llame a Servicios para afiliados para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o ya no se encuentra en los Estados Unidos de manera legal.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted constantemente demuestra mal comportamiento y nos dificulta proveer cuidado médico a usted o a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si usted permite a otra persona utilizar su tarjeta de afiliado para obtener cuidado médico (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
 - Si terminamos su afiliación por este motivo, Medicare puede disponer que el Inspector General investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos terminar su afiliación, llame a Servicios para afiliados.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

CareSalute (HMO) no puede solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación a nuestro plan
--------------------	---

Si terminamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja formal sobre nuestra decisión de terminar su afiliación.

CAPÍTULO 9: *Avisos legales*

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales, y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso al cuidado médico, llámenos a Servicios para afiliados. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para afiliados puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 de 42 CFR, CareSalute (HMO), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría bajo los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen a las leyes estatales.

SECCIÓN 4 Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)

Nuestro derecho a recuperar pagos

Si pagamos una reclamación en su nombre, tenemos derechos de subrogación. Esta es una disposición de seguros muy común que significa que nosotros tenemos el derecho a recuperar la cantidad que pagamos por su reclamación de cualquier tercero que sea responsable de los gastos o beneficios médicos relacionados con su

Capítulo 9. Avisos legales

enfermedad, lesión o afección. Usted nos asigna su derecho a emprender acciones legales contra terceros responsables, y usted acepta:

1. Proveer cualquier información pertinente que le solicitemos; y
2. Participar en cualquier fase de la acción legal, como la exhibición de documentos, las declaraciones juradas y el testimonio en juicio, de ser necesario.

Si usted no coopera con nosotros o con nuestros representantes, o si hace cualquier cosa que interfiera con nuestros derechos, podemos emprender acciones legales contra usted. Usted también acepta no asignar a un tercero su derecho a emprender acción legal sin nuestro consentimiento por escrito.

Nuestro derecho a reembolso

También tenemos el derecho a recibir un reembolso si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier cantidad como fallo, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, deberá reembolsarnos de inmediato, hasta por la cantidad que pagamos por su reclamación.

Nuestros derechos tienen prioridad

Nuestros derechos de reembolso y recuperación tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. Esto significa que tenemos derecho a recuperar la cantidad que pagamos, incluso si usted no ha recibido compensación del tercero responsable de todos los costos relacionados con su enfermedad o lesión. Si usted no está de acuerdo con nuestros esfuerzos de recuperar el pago, tiene derecho a apelar, según se explica en el Capítulo 7.

No estamos obligados a buscar reembolso ni a emprender acción legal contra un tercero, ni en beneficio propio ni en su nombre. Nuestros derechos bajo la ley de Medicare y esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados por el hecho de que no intervengamos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la coordinación de beneficios

¿Por qué necesitamos saber si usted tiene otra cobertura?

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare, las cuales nos permiten facturar o autorizar a un proveedor de servicios a facturar a otras aseguradoras, planes, pólizas, patronos u otras entidades cuando el otro pagador es responsable de pagar los servicios proporcionados a usted. También estamos autorizados a cobrarle o facturarle a usted por las cantidades que el otro pagador ya le haya pagado por dichos servicios. Tendremos todos los derechos concedidos al programa de Medicare bajo las reglas del Pagador secundario de Medicare.

¿Quién paga primero cuando tiene otra cobertura?

Cuando usted tiene una cobertura adicional, la coordinación de su cobertura depende de su situación. Con la coordinación de los beneficios, con frecuencia recibirá cuidado médico de la manera usual a través de proveedores de nuestro plan, y el otro plan o planes que tenga simplemente ayudarán a pagar el cuidado médico recibido. Si usted tiene una cobertura de salud grupal, puede maximizar los beneficios a su disposición si utiliza proveedores que participan en su plan grupal **y** en nuestro plan. En otras situaciones, como por beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, usted puede recibir su cuidado médico fuera de nuestro plan.

Capítulo 9. Avisos legales

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados

Algunas veces, un plan de salud grupal debe proporcionarle beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal (incluidos tanto planes de patronos como de organizaciones de empleados), ya sea directamente o a través de su cónyuge, y
- El patrono tiene veinte (20) o más empleados (según lo determinan las reglas de Medicare), y
- Usted no está cubierto por Medicare debido a discapacidad o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Si el patrono tiene menos de veinte (20) empleados, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Si usted tiene una cobertura para jubilados bajo un plan de salud grupal, ya sea directamente o a través de su cónyuge, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas con discapacidad

Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal y tiene Medicare debido a que tiene una discapacidad, por lo general somos nosotros quienes le proporcionaremos sus beneficios primarios de salud. Esto sucede si:

- Usted tiene menos de 65 años, y
- Usted no tiene ESRD, y
- Usted no tiene cobertura directamente ni a través de su cónyuge bajo un plan de salud grupal grande.

Un plan de salud grupal grande es un plan de salud ofrecido por un patrono con 100 o más empleados, o por un patrono que forma parte de un plan de patronos múltiples donde cualquier patrono participante en el plan tiene 100 o más empleados. Si usted tiene cobertura bajo un plan de salud grupal grande, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal grande debe proporcionarle los beneficios de salud antes de que nosotros le proporcionemos sus beneficios de salud. Esto sucede si:

- Usted no tiene ESRD, y
- Tiene menos de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

En dichos casos, le proporcionaremos solo aquellos beneficios que no estén cubiertos por el plan grupal de su patrono grande. Se aplican reglas especiales en caso de que usted tenga o desarrolle una ESRD.

Planes de salud grupales de un patrono y de una organización de empleados para personas con Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Si usted es o pasa a ser elegible para Medicare debido a una ESRD y tiene cobertura bajo un plan de salud grupal de un patrono o de una organización de empleados, ya sea directamente o a través de su cónyuge, su plan de salud grupal es responsable de proporcionarle sus beneficios primarios de salud durante los primeros treinta (30) meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a una ESRD. Nosotros le proporcionaremos cobertura secundaria durante este tiempo, y le proporcionaremos cobertura primaria después de ese período. Si usted ya

Capítulo 9. Avisos legales

está en Medicare debido a su edad o a una discapacidad al momento de desarrollar la ESRD, nosotros le proporcionaremos cobertura primaria.

Programa de compensación laboral y similares

Si usted ha sufrido una enfermedad o lesión causada por el trabajo y cuenta con beneficios de compensación laboral, el programa de compensación laboral debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con su enfermedad o lesión laboral antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio bajo esta *Evidencia de cobertura* por servicios prestados en relación con su enfermedad o lesión laboral.

Accidentes y lesiones

Las reglas del Pagador secundario de Medicare se aplican si usted ha estado en un accidente o ha sufrido una lesión. Si usted tiene a su disposición los beneficios bajo la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad, la aseguradora de la cobertura de "Med Pay", cobertura contra todo riesgo, de automóvil, de accidente o de responsabilidad debe proporcionar primero sus beneficios por cualquier costo de cuidado de la salud relacionado con el accidente o lesión antes de que nosotros proporcionemos cualquier beneficio por los servicios relacionados con su accidente o lesión.

Las reclamaciones de responsabilidad de seguro a menudo no son resueltas de inmediato. Podemos realizar pagos condicionales mientras la reclamación de responsabilidad está en trámite. También podemos recibir una reclamación y no saber que una reclamación de responsabilidad o de otro tipo está en trámite. En estas situaciones, nuestros pagos son condicionales. Los pagos condicionales nos deben ser reembolsados cuando reciba el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recupera gastos médicos de un tercero, nosotros tenemos derecho a recuperar los pagos que hemos hecho sin tener en cuenta ninguna estipulación de acuerdo de liquidación. Las estipulaciones de que el acuerdo no incluye daño por gastos médicos no se tendrán en cuenta. Reconoceremos asignaciones de pagos de responsabilidad a pérdidas no médicas solo cuando el pago se base en una orden del tribunal sobre el fondo del caso. No buscaremos recuperar ninguna parte de una indemnización que se asigne apropiadamente por el tribunal como pago por pérdidas distintas a servicios médicos (por ejemplo, pérdidas de propiedad).

Donde proporcionemos beneficios en forma de servicios, debemos tener derecho a recibir reembolso sobre la base del valor razonable de los beneficios proporcionados.

No duplicación de beneficios

No duplicaremos ningún beneficio o pago que usted reciba bajo cualquier cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Usted acepta informarnos cuando dicha cobertura esté disponible para usted, y es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir los beneficios o pagos bajo dicha cobertura de automóvil, accidente, de responsabilidad u otra. Podemos buscar reembolso de valor razonable de cualquier beneficio que hayamos proporcionado en caso de que hayamos duplicado los beneficios a los cuales usted tiene derecho bajo dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de cualquier cobertura de automóvil, accidente o de responsabilidad o de otra aseguradora.

Si le proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura de salud que usted tenga, podemos buscar recuperar esos beneficios de acuerdo con las reglas del Pagador secundario de Medicare. Consulte también la sección **Aviso adicional sobre la subrogación (recuperación de terceros)** para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Capítulo 9. Avisos legales

Más información

Esto es solo un breve resumen. Si pagamos primero o segundo (o no pagamos) depende de los tipos de seguros adicionales que usted tenga y de las reglas de Medicare que se apliquen en su situación. Para obtener más información, consulte el folleto publicado por el gobierno, "*Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero*". Es CMS Pub. No. 02179. Asegúrese de consultar la versión más actualizada. Otros detalles se explican en las reglas del Pagador secundario de Medicare como, por ejemplo, la manera de determinar el número de personas empleadas por un patrono con fines de las reglas de coordinación de beneficios. Las reglas son publicadas en el *Código de reglamentos federales*.

Derechos de apelación

Si usted no está de acuerdo con cualquier decisión o acción tomada por nuestro plan relacionada con las reglas de coordinación de beneficios y de pago descritas anteriormente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 7 *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* de esta Evidencia de cobertura.

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

Afiliado (Afiliado de nuestro plan o "Afiliado del plan"): persona que cuenta con Medicare y que es elegible para recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción en nuestro plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés): método no invasivo y forma de imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) que puede medir el flujo de sangre por los vasos sanguíneos.

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente es también el área donde puede obtener servicios rutinarios (que no sean de emergencia). Si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio, el plan puede desafiliarle.

Asistente de cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del estado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos para el programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo reportó en su declaración de impuestos al IRS hace 2 años sobrepasa una cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar más una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos, IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no paga una prima superior.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de las Partes A y B dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de las Partes A y B de Medicare no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre su cantidad máxima de desembolso personal.

Cantidad permitida: la cantidad máxima que un plan pagará por un beneficio de cuidado de la salud.

Cargo límite de Medicare: en el plan Medicare original, la cantidad máxima de dinero que un médico u otro proveedor de cuidado de la salud que no acepte asignaciones puede cobrarle por un servicio cubierto. El cargo límite es del 15 por ciento por encima de la cantidad aprobada por Medicare. El cargo límite solo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a suministros ni equipo.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Cargo permitido por Medicare: la cantidad máxima de dinero que se puede cobrar por un servicio médico en particular cubierto por Medicare; es una cantidad que decide Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centro de cuidado de urgencia: un centro de salud autorizado donde médicos y profesionales de enfermería proveen servicios para identificar y tratar una lesión o enfermedad repentina, sin estadía durante la noche.

Centro de diálisis independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que provee tratamiento de diálisis sin estadía nocturna.

Centro de radiología (imágenes) independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona uno o más de los siguientes servicios para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna: Radiografías; medicina nuclear; radioterapia oncológica (incluidas MRI, escaneos de CT y escaneos de PET).

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo contactar a los CMS.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare, generalmente pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: la cantidad que usted posiblemente deba pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o suministros médicos, como por ejemplo una consulta médica, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en vez de un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que usted posiblemente deba pagar, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%), como la parte del costo que le corresponde por servicios.

Costos compartidos: costos compartidos hace referencia a las cantidades que debe pagar el afiliado por los servicios recibidos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios; (2) cualquier cantidad de "copago" fija que un plan requiere cuando se recibe un servicio específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio que requiere un plan cuando se recibe un servicio específico.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Cuidado de hospicio: cuidado especializado para personas con enfermedades terminales, centrado en la comodidad y no en la cura. Esto también incluye asesoramiento para las familias de los pacientes. Según la situación, este tipo de cuidado puede ser en el hogar, un hospicio, un hospital o un hogar de ancianos, y lo brinda un equipo de profesionales de la salud certificados.

Cuidado de hospitalización: cuidado de la salud que alguien recibe al ser admitido en un hospital.

Cuidado de la salud en el hogar: cuidado de enfermería especializada y determinados otros servicios de cuidado de la salud que se proporcionan a un paciente en su propio hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en el Capítulo 4 bajo el título "Cuidado de una agencia de cuidado de la salud en el hogar". Si usted necesita servicios de cuidado de la salud en el hogar, nuestro plan se encargará de cubrir estos servicios para usted, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir servicios de un asistente de cuidado de la salud en el hogar si los servicios forman parte del plan de cuidado de la salud en el hogar para su lesión o enfermedad. No estarán cubiertos a menos que usted también esté recibiendo un servicio especializado cubierto. El cuidado de la salud en el hogar no incluye el servicio de ama de llaves, coordinación de servicios de alimentación ni enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindadas por un profesional de enfermería registrado o por un médico.

Cuidado médico en casos de emergencia: servicios cubiertos 1) brindados por un proveedor acreditado para proporcionar servicios en casos de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Cuidado personal no médico: el cuidado personal no médico es cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado personal no médico, proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional, incluye ayuda para las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado personal no médico.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o Desafiliación: el proceso para terminar su afiliación con nuestro plan.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan con respecto a si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se conocen como "decisiones de cobertura". En el Capítulo 7, se 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, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o la generación de una disfunción grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): determinado equipo médico solicitado por el médico por razones médicas. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Escaneo de tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés): combina el uso de una computadora digital con un dispositivo rotativo de radiografía para generar imágenes detalladas de cortes transversales de distintos órganos y partes del cuerpo.

Escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés): técnica de diagnóstico médico por imágenes que supone la inyección de un isótopo al paciente y el uso de un explorador PET para detectar la radiación emitida.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como afiliado de nuestro plan.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor a los costos compartidos permitidos del plan. Como afiliado de CareSalute (HMO), usted solo debe pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una "factura del saldo" o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan dice que usted debe pagar.

Gastos de desembolso personal: consulte la definición de "costos compartidos" mencionada anteriormente. El requisito de costos compartidos del afiliado de pagar una porción de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costos "de desembolso personal" del afiliado.

Hospicio: Un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas aún es un afiliado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios por razones médicas, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de paciente internado: una hospitalización cuando haya sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos profesionales. Incluso si es internado en el hospital por una noche, usted podría ser considerado "ambulatorio".

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés): método de modalidad de diagnóstico por imágenes que utiliza un campo magnético y análisis computarizado de señales de radiofrecuencia inducidas para producir imágenes del tejido corporal de manera no invasiva.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o de 65 años de edad o más con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Laboratorio independiente: un centro de salud autorizado, distinto a un hospital, que proporciona análisis de laboratorio para prevenir, identificar o tratar una lesión o enfermedad, sin estadía nocturna.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Mamografía de detección: un procedimiento de radiografía especializado para descubrir de manera temprana si una paciente tiene cáncer de mama.

Mamografía de diagnóstico: examen radiológico especializado que se realiza a una paciente que muestra signos o síntomas de enfermedad de mama.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que provee ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid.

Medicare: programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Medicare original ("Medicare tradicional" o Medicare "Cargo por servicio"): Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de cantidades determinadas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico); se encuentra disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicina nuclear: radiología que introduce radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) en el cuerpo con el objeto de diagnosticar con imágenes, evaluar la función del órgano o ubicar la enfermedad o tumores.

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

Nuestro plan: el plan en el que está inscrito, CareSalute (HMO).

Organización Medicare Advantage: una compañía privada que administra planes Medicare Advantage para ofrecer a los afiliados más opciones y, a veces, beneficios adicionales. Los planes Medicare Advantage también se llaman "Parte C". Proveen toda su cobertura de la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica), y algunos también pueden proporcionar cobertura de la Parte D (medicamentos recetados).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés): tipo de plan de seguro de salud en el que los afiliados deben recibir cuidado de la red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar el cuidado médico que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)".

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Período anual de inscripción: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiar a Medicare original.

Período de beneficio: la forma en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido cuidado de hospitalización (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo, durante el cual los afiliados en un Plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare original. Si elige cambiar a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y termina tres meses después del mes en que cumple 65.

Período especial de inscripción: el momento establecido en que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más enfocado a grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerles a las personas con Medicare inscritas en el plan los beneficios de las Partes A y B. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto o de demostración y los Programas de cuidado médico integral para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) una PPO, iii) un plan Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

Plan PACE: un plan PACE (Programa de cuidado médico integral para personas de la tercera edad) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse de manera independiente y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) mientras les sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir las "brechas" de Medicare original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con Medicare original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud para la cobertura de salud o para medicamentos recetados.

Procedimiento de diagnóstico: un examen para identificar las fortalezas y las debilidades de un paciente en un área específica, con el fin de obtener más información sobre su afección o enfermedad.

Prótesis y ortopedia: los dispositivos médicos incluyen, entre otros: cabestrillos, corsés y collarines; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, como suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud, usted debe consultar primero a su proveedor de cuidado primario.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general para denominar a médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y demás centros de cuidado de la salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de la salud. Los "**proveedores de la red**" tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, coordinar, así como también proporcionar, servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. También se les puede denominar "proveedores del plan".

Proveedor del plan: consulte "Proveedor de la red".

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen y no operan con nuestro plan.

Queja: el nombre formal para "realizar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los periodos del proceso de apelación.

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nuestro plan, nuestros proveedores, incluida una queja relacionada con la calidad de su cuidado médico. Esto no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Radiología: radiografías y otros procedimientos especializados que utilizan radiación de alta energía para identificar y tratar enfermedades.

Red: consulte ""Proveedor de la red"

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 10. Definiciones de palabras importantes

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

Servicios de imágenes avanzadas: método de diagnóstico por imágenes especializado que toma imágenes más detalladas que las radiografías estándar. Existen varios tipos de servicios de imágenes, entre ellos, la tomografía axial computarizada (CT/CAT, por sus siglas en inglés), la angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), las imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y el escaneo de tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) u otra tecnología similar.

Servicios de observación: servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para ayudar al médico a decidir si un paciente debe ser admitido como paciente internado, o si puede ser dado de alta. Los servicios de observación se pueden brindar en el departamento de emergencia o en otra área del hospital. Incluso si pasa una noche en una cama de hospital regular, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios para afiliados: un departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios que se necesitan con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios en casos de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y necesarios por razones médicas.

Subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés): consulte "Ayuda adicional".

Tarifa contratada: la tarifa que el plan de salud paga a un médico o proveedor de la red por servicios cubiertos.

Anexo A - Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en el Capítulo 2 y en otras secciones de esta Evidencia de cobertura. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

Florida	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-800-955-8770 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) 1-800-963-5337 http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 1-888-317-0751 711 (TTY) 1-844-878-7921 (Fax) https://www.keproqio.com/
Oficina estatal de Medicaid	Florida Medicaid 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308-5407 1-888-419-3456 (llamada gratuita) 1-850-412-4000 (local) 1-850-922-2993 (fax) https://ahca.myflorida.com/Medicaid/index.shtml
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida AIDS Drug Assistance Program (ADAP) HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee, FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 1-888-503-7118 (TTY) http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html



2023 Covered Durable Medical Equipment Items and Brands

Artículos y Marcas de Equipo Médico Duradero Cubiertos para el 2023

Durable Medical Equipment (DME) is certain medical equipment ordered by your doctor for medical reasons. Generally, CarePlus covers any DME that is covered by Original Medicare. The list below tells you which brands and manufacturers of DME are covered under our benefit plans. We have rules around which brands/manufacturers we will cover. These rules are explained in your plan's "Evidence of Coverage" book (look under "Durable medical equipment (DME) and related supplies" in the Chapter 4 Medical Benefits Chart). Brands or manufacturers of DME not listed below may not be covered. Please talk to your doctor about choosing a brand that is appropriate for your medical needs.

El Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) es cierto equipo clínico indicado por su médico por razones médicas. Por lo general, CarePlus cubre cualquier equipo médico duradero que está cubierto por Medicare Original. La lista a continuación le indica las marcas y fabricantes de equipo médico duradero que están cubiertos bajo nuestros planes de beneficios. Tenemos reglas sobre las marcas/fabricantes que cubriremos. Estas reglas están explicadas en el libro "Evidencia de Cobertura" de su plan (busque bajo "Equipo médico duradero y suministros relacionados" en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4). Es posible que las marcas o fabricantes de equipo médico duradero que no aparecen en la lista a continuación no estén cubiertos. Por favor hable con su médico sobre la elección de una marca que sea apropiada para sus necesidades de salud.

Description/Descripción	Manufacturer/Fabricante
BiPap-CPAP-Tracheostomy Equipment and Supplies Equipo y suministros de BiPap, CPAP y traqueotomía	ResMed ¹ ResVent ¹ Drive Medical ² Halyard Health ² Medline Industries, Inc. ² Medtronics ² Mckesson ² Resmed, Inc. ³ Respironics, Inc. ³
Catheter Supplies and Drainage Kits Suministros para catéteres y dispositivos de drenaje	Coloplast ² Medline ³
Commodes Inodoros portátiles (Commodes)	Drive Medical ³ Medline ³
Feeding Tubes and Nutritional Supplies Tubos de alimentación y suministros nutricionales	Kimberly Clark Brand (Mic-Keys Model) ¹ Abbott Nutrition- Ross ² Amsino ² Avanos ² Mckesson ²

Description/Descripción	Manufacturer/Fabricante
Hospital Beds - Mattresses and Supplies - Patient Lifts Camas de hospital - Colchones y suministros - Elevadores de pacientes	Lifestyle Mobility Aids ¹ Medline Industries, Inc. ¹ Tuffcare ¹ Drive Medical ³
Laryngectomy Supplies Suministros de laringectomía	Independence Medical ¹ Mckesson ² Medline ² Medtronic ²
Lymphedema Pumps and Supplies Bombas y suministros para linfedema	Devon Medical - CircuFlow ¹ ArjoHuntleigh Healthcare, LLC ² Huntlieh Medical ²
Mobility Assistive Devices Canes - Crutches - Walkers - Wheelchairs - Wheelchair Accessories - Power Operated Vehicles Dispositivos para ayudar con la movilidad Bastones - Muletas - Caminadores - Sillas de ruedas - Accesorios para sillas de ruedas - Vehículos motorizados	Lifestyle Mobility Aids ¹ Medline Industries, Inc. ¹ Pride ¹ Tuffcare ¹ Drive Medical ³
Orthopedic Supplies Continuous Passive Motion Units and Supplies - Traction - Bone Growth Stimulators Suministros ortopédicos Unidades y suministros de movimiento pasivo continuo - Tracción - Estimuladores del crecimiento óseo	CMF OL1000 ¹ CMF SpinaLogic ¹ Kinetec Brand (Spectra Model) ¹ Drive Medical ² Kinetec USA ² Orthofix ² Patterson Medical ²
Respiratory/Oxygen Equipment and Supplies Equipo de oxígeno/respiratorio y suministros	Caire ¹ Dade Medical ¹ Fisher & Paykel ¹ Independence Medical ¹ Medline ¹ O2 sales ¹ Resmed ¹ Sunset HealthCare Solutions ¹ Airgas ³ Drive Medical ³ Respironics Inc ³ Portable oxygen concentrators Concentradores de oxígeno portátiles: Freestyle Comfort ¹ Inogen G4 ¹ Inogen G5 ¹ Sequal Eclipse ¹ Drive Medical Igo ² Respironics SimplyGo ^{1,3}

Description/Descripción	Manufacturer/Fabricante
Sitz Bath Supplies <i>Suministros para baño terapéutico</i>	Medline ¹ Drive Medical ³
Suction Machine Supplies <i>Suministros para máquinas de succión</i>	Independence Medical ¹ Medline Industries, Inc. ¹ Sunset Healthcare Solutions ¹ Mckesson ² Drive Medical ³
Tens Units and Supplies <i>Unidades de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (tens units) y suministros</i>	Medline ¹ Drive Medical ³

¹ Available through onehome only (*Disponible solamente a través de onehome*)

² Available through Integrated Home Care Services only (*Disponible solamente a través de Integrated Home Care Services*)

³ Available through onehome and Integrated Home Care Services (*Disponible a través de onehome e Integrated Home Care Services*)

Important: At CarePlus, it is important you are treated fairly. CarePlus Health Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, ethnicity, sex, sexual orientation, gender, gender identity, disability, age, marital status, religion, or language in their programs and activities, including in admission or access to, or treatment or employment in, their programs and activities. The following department has been designated to handle inquiries regarding CarePlus' non-discrimination policies: Member Services, PO Box 277810, Miramar, FL 33027, 1-800-794-5907 (TTY: 711). Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. 1-800-794-5907 (TTY: 711). CarePlus provides free auxiliary aids and services, such as qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats to people with disabilities when such auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate. This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-800-794-5907. Hours of operation: October 1 - March 31, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. You may leave a voicemail after hours, Saturdays, Sundays, and holidays and we will return your call within one business day. Español (Spanish): Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Favor de llamar a Servicios para Afiliados al número que aparece anteriormente. Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.

Importante: En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo. CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, etnia, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, discapacidad, edad, estado civil, religión o idioma en sus programas y actividades, incluyendo admisión o acceso, o tratamiento y empleo en los mismos. El siguiente departamento ha sido asignado para manejar las consultas acerca de las políticas de no discriminación de CarePlus: Servicios para Afiliados, PO Box 277810, Miramar, FL 33027, 1-800-794-5907 (TTY: 711). Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares sin costo. 1-800-794-5907 (TTY: 711). CarePlus proporciona recursos y servicios auxiliares sin costo, como intérpretes de señas calificados, interpretación remota en video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando los mismos sean necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades de participación. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907. Horario de atención: 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above. Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:

CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de quejas formales y apelaciones.

PO Box 277810, Miramar, FL 33027.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

- Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.



Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Servicios para afiliados de CareSalute (HMO)

Método	Servicios para afiliados – Información de contacto
LLAME	1-800-794-5907 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario normal, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Además, el departamento de Servicios para afiliados también ofrece servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es igual al de arriba.
FAX	1-800-956-4288
ESCRIBA A	CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department P.O. BOX #277810 Miramar, FL 33027
SITIO WEB	www.careplushealthplans.com/contact-careplus

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindarles asesoramiento gratis y a nivel local sobre el seguro médico a las personas que tienen Medicare.

La información de contacto del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) se puede encontrar en el “Anexo A” en este documento.

Declaración de divulgación según la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, dirijase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14098
Lexington, KY 40512-4098



INFORMACIÓN IMPORTANTE

CarePlus
HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com

H1019131000EOCSP23