



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2024

Evidencia de Cobertura

Select Health Medicare
No Rx (PPO) 020

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare como miembro de *Select Health Medicare NoRx (HMO)*.

Este documento le ofrece los detalles sobre su cobertura de Medicare de atención médica, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 442-9900 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta llamada es gratuita. Los horarios son:

- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.

Este plan, *Select Health Medicare NoRx*, es ofrecido por Select Health. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Select Health. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa *Select Health Medicare NoRx*).

Este documento está disponible sin costo en español. Este documento también puede estar disponible en formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La red de proveedores puede modificarse en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Le avisaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- la prima y los costos compartidos de su plan;
- sus beneficios médicos;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo contactarnos si necesita más asistencia; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0165_2626220_020_C

Servicios de interpretación en varios idiomas 1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita a Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. 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 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمة المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900** سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. 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、**1-855-442-9900**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。

Evidencia de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Empezando como miembro</i>	4
SECCIÓN 1 Introducción.....	5
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....	7
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para <i>Select Health Medicare NoRx</i>	8
SECCIÓN 5 Cómo mantener al día el registro de membresía en el plan.....	9
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan.....	10
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	12
SECCIÓN 1 <i>Números de contacto de Select Health Medicare NoRx</i> (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar a Servicios para Miembros).....	13
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	16
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita).....	19
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	20
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	20
SECCIÓN 6 Medicaid.....	21
SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario	22
SECCIÓN 8 ¿Tiene usted un seguro de grupo u otro seguro médico a través de un empleador?	22
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>	24
SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan	25
SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica.....	26
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre.....	31
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios?.....	34

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	35
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica	37
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos	38
	¿Qué sucede con los pagos que hizo por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?.....	38
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)</i>		40
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos.....	41
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar lo que está cubierto y cuánto va a pagar.....	43
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....	92
CAPÍTULO 5: <i>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos.</i>		103
SECCIÓN 1	Situaciones en que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.....	104
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido.....	106
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	106
CAPÍTULO 6: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		108
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	109
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	119
CAPÍTULO 7: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		121
SECCIÓN 1	Introducción.....	122
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	123
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	123
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES.....		124
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones..	124
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	127

Índice

SECCIÓN 6	Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto.....	135
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto.....	142
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después.....	149
	CÓMO PRESENTAR QUEJAS.....	150
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	150
CAPÍTULO 8: Terminación de su membresía en el plan.....		155
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan.....	156
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	156
SECCIÓN 3	¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan?.....	158
SECCIÓN 4	Hasta que acabe su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos a través de nuestro plan.....	159
SECCIÓN 5	Select Health Medicare NoRx debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	159
CAPÍTULO 9: Avisos legales.....		162
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	163
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación.....	163
SECCIÓN 3	Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare.....	163
CAPÍTULO 10: Definiciones de palabras importantes.....		165
	Explica los términos clave que se usan en este manual.	

CAPÍTULO 1:

Empezando como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en <i>Select Health Medicare NoRx</i>, que es una PPO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, *Select Health Medicare NoRx*. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Select Health Medicare NoRx es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de proveedores preferidos). Como con todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es operado por una compañía privada. Este plan no incluye la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de Protección del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Ingresos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿En qué consiste el documento <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	---

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

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos de los que dispone como miembro de *Select Health Medicare NoRx*.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué cobertura está disponible para usted. Lo animamos a que dedique un tiempo a hojear este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *Select Health Medicare NoRx* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y los avisos que pueda recibir de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones médicas que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas o enmiendas*.

Capítulo 1 Empezando como miembro

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *Select Health Medicare NoRx* entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Select Health Medicare NoRx* después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar *Select Health Medicare NoRx* cada año. Cada año, usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B;
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicios (en la sección 2.2 de más adelante se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella;
- -- y -- sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos;

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan *Select Health Medicare NoRx*

Select Health Medicare NoRx está disponible sólo para personas que vivan en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nevada: Clark y Nye.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su ubicación nueva.

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

Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a *Select Health Medicare NoRx* si no califica para permanecer como miembro según estas bases. *Select Health Medicare NoRx* debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por este plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Más abajo puede ver un ejemplo de tarjeta de membresía similar a la que usted tendrá:

 MEDICARE NETWORK	
Member Name ID: 800000000	
Member Services: 855-442-9900 (TTY: 711) Find a Doctor: 800-515-2220	Medicare limiting charges apply
selecthealth.org/medicare	
P.O. Box 30196 Salt Lake City, UT 84130-0196	Plan Year: 2024 PPO H2246_020

Select Health Medicare No Rx (PPO) 020	
Medical Benefits	Pharmacy Benefits
In-Network/Out-of-Network	This plan does not include Part D prescription drug coverage
Medical Deductible: None	
Preventive Care: \$0/0%	
Primary Care: \$0/40%	
Specialty Care: \$40/40%	
Connect Care SM : \$0	
Urgent Care Clinic: \$20/\$40	
Emergency Room: \$100/\$100	
	

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para obtener servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en vez de utilizar su tarjeta de membresía de *Select Health Medicare NoRx*, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, atención de pacientes terminales o participar en estudios de investigación clínica, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, extravía o se la roban, llame a Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores:

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

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web, en selecthealth.org/medicare.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo postal dentro de tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para *Select Health Medicare NoRx*

Los 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 de Medicare son distintas para las personas que tienen ingresos distintos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2023*, en la sección llamada Costos de Medicare para 2023. También puede descargar una copia en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan aparte para *Select Health Medicare NoRx*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro recibe una reducción de \$100,00 de su prima mensual de la Parte B de Medicare. La reducción la establece Medicare y la administra a través de la Administración de seguro social (SSA). Los reembolsos aplican solo a las cantidades que paga por sus primas de Medicare Parte B y que no se emitieron en ningún monto de prima pagado por Medicaid. Según cómo pague la prima de Medicare Parte B, la reducción puede acreditarse a su cheque de seguro social o en el resumen de prima de Medicare Parte B. Puede tomar varios meses que se emitan las reducciones; sin embargo, recibirá el crédito total de los montos que pagó.

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

SECCIÓN 5 Cómo mantener al día el registro de membresía en el plan

Su registro de miembro tiene la información del formulario de inscripción, incluyendo su domicilio y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención médica primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su domicilio o su número de teléfono
- Cambios en su Proveedor de atención médica primaria.
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro médico que usted tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja, compensación para trabajadores o Medicaid)
- Si usted tiene cualquier reclamación por responsabilidad, como una reclamación de seguro de automóvil
- Si ha sido ingresado en un hogar para ancianos
- Si usted recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de servicio o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable por usted (como por ejemplo su cuidador)

Capítulo 1 Empezando como miembro

- Si usted está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo incentivamos a que lo haga)

Si cualquiera de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros tipos de seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos datos acerca de cualquier otro seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Eso es debido a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga, con sus beneficios bajo su plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información detalladamente. Si es correcta, usted no tendrá que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si usted tiene otra cobertura que no está detallada, llame a Servicios para Miembros. Tal vez usted tenga que facilitar su número de identificación de miembro del plan a sus demás aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas sean pagadas correcta y oportunamente.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura grupal a través de un empleador), existen reglas dictadas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después, denominado pagador secundario, sólo paga si existe algún costo que no esté cubierto por la cobertura primaria. El pagador secundario tal vez no pague todos los costos no cubiertos por el pagador primario. Si usted tiene otro seguro, hágaselo saber a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican a la cobertura de planes de salud a través de empleadores o sindicatos:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, el número de personas que emplea su empleador, y si tiene Medicare basado en edad, incapacidad, o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted tiene menos de 65 años, está discapacitado, y usted o un familiar aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador emplea 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 100 empleados.
 - Si usted tiene 65 años o más y usted o un familiar aún están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador emplea 20 o más empleados o al menos

Capítulo 1 Empezando como miembro

un empleador en un plan con empleadores múltiples emplea más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los 30 primeros meses después de que usted sea elegible para Medicare.

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

- Seguro a todo riesgo (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad pulmonar minera
- Compensación para trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare.

Únicamente pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Números de contacto de Select Health Medicare NoRx (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo contactar a Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *Select Health Medicare NoRx*. Con gusto lo asistiremos.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. (Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil). Los Servicios para Miembros también tienen 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 solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Consulte arriba los días y los horarios de atención.
FAX	801-442-6580
ESCRIBA A	Select Health Medicare Atención: Servicios para miembros PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare

Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura o apelación acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica – Información de contacto	
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. (Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro 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. Consulte arriba los días y los horarios de atención.	
FAX	Decisiones de cobertura: 801-442-6580 Apelaciones: 801-442-0762	
ESCRIBA A	Coverage Decisions Select Health Medicare Atención: Member Services Grievances PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130	Appeals Select Health Medicare Atención: Appeals and PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare	

Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una queja acerca de su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o de pago. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja en cuanto a su atención médica, consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas acerca de su atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>855-442-9900</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos.</p> <p>(Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Consulte arriba los días y los horarios de atención.</p>
FAX	801-442-0762
ESCRIBA A	<p>Select Health Medicare</p> <p>Atención: Appeals and Grievances</p> <p>PO Box 30196</p> <p>Salt Lake City, UT 84130</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede enviar su queja acerca de Select Health Medicare NoRx (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja por Internet a Medicare, visite</p> <p>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, puede solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de la misma, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si usted tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago - Información de contacto	
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., cerrado los domingos. (Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro 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. Consulte arriba los días y los horarios de atención.	
FAX	Reclamaciones Médicas: 801-442-6580 Reclamaciones de Farmacia: 801-442-0413	
ESCRIBA A	Reclamaciones Médicas: Select Health Medicare Atención: Member Services PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130	Reclamaciones de farmacia: Select Health Medicare Atención: Pharmacy Services PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	selecthealth.org/medicare	

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para las personas con 65 años de edad o más, algunas personas con menos de 65 años con discapacidades, y personas con Enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis, o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces se denominan CMS). Esta agencia contrata con las organizaciones de Medicare Advantage, incluida la nuestra.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a 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	<p data-bbox="483 260 743 291">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="483 296 1398 548">Esta es la página web oficial del gobierno para Medicare. Le facilita información actualizada acerca de Medicare y temas actuales de Medicare. También incluye información acerca de hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente de su computadora. Usted también puede localizar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="483 552 1398 657">El sitio web de Medicare también incluye información detallada acerca de su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="532 667 1386 993" style="list-style-type: none"><li data-bbox="532 667 1386 741">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Facilita información sobre su estatus de elegibilidad para Medicare<li data-bbox="532 745 1386 993">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de cuánto podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="483 1010 1360 1083">También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare las quejas que pueda tener acerca de <i>Select Health Medicare NoRx</i>.</p> <ul data-bbox="532 1094 1373 1346" style="list-style-type: none"><li data-bbox="532 1094 1373 1346">• Informe a Medicare acerca de su queja: Puede enviar su queja acerca de <i>Select Health Medicare NoRx</i> directamente a Medicare. Para enviarle una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="483 1362 1398 1654">Si no tiene una computadora, su biblioteca local o su centro para la tercera edad tal vez pueda ayudarle a visitar este sitio web a través de sus computadoras. O bien, usted puede llamar a Medicare e indicarles la información que necesita. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Usted puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita)

El Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Nevada, a SHIP se le conoce como el Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico.

El Programa de asistencia estatal de seguro médico de Nevada es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación local gratuita sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico de Nevada pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico de Nevada también pueden ayudarle con problemas o preguntas sobre Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR en medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP de Nevada) – Información de contacto
LLAME AL	800-307-4444
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Aging and Disability Services Division Administration Office 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
SITIO WEB	adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nevada, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes paga Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja acerca de la calidad de la atención que recibió.
- Usted piensa que la cobertura para su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Usted piensa que la cobertura para sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro especializado de enfermería o de un Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

Método	Livanta Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Nevada: Información de contacto
LLAME AL	877-588-1123 (línea gratuita)
TTY	855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	bfccqioarea5.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes legales estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o ESRD y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques del Seguro Social, tendrá que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselo saber.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer sus diligencias 24 horas al 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. Disponibles 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 del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro, y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+, en inglés]).
- **Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte B
- **Personas calificadas discapacitadas y que trabajan (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar por las primas de la Parte A

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada.

Método	Programa de Medicaid de Nevada – Información de contacto
LLAME AL	877-638-3742
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Nevada Medicaid P.O Box 30042 Reno, NV 89520-3042
SITIO WEB	medicaid.nv.gov

SECCIÓN 7 Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario

La Junta de retiro ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de toda la nación y sus familias. Si recibe su Medicare a través de la Junta de retiro ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección de correo postal. Si usted tiene preguntas acerca de sus beneficios de la Junta de retiro ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de retiro ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de 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”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB y a la 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 usted un seguro de grupo u otro seguro médico a través de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja) obtiene beneficios a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja) o grupo de jubilados, como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

puede preguntar acerca de los beneficios médicos, primas, o período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios
médicos*

SECCIÓN 1 Lo que usted debe saber acerca de cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para que se le cubra su atención médica. Le explica las definiciones de los términos y las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta de la Parte B y otra atención médica cubiertos por este plan.

Para obtener detalles acerca de qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted cuando la recibe, consulte la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4 siguiente (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y cuánto paga usted*).

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

- Los **Proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales atención médica, grupos médicos, hospitales, otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y los montos de sus costos compartidos como pago completo. Hemos negociado que estos proveedores faciliten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red generalmente nos facturan directamente por la atención que le facilitan. Cuando usted utiliza un proveedor de la red, por lo general usted paga únicamente su parte del costo de los servicios.
- Los **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están detallados en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para hacer que el plan cubra su atención médica

Como un plan de salud de Medicare, *Select Health Medicare NoRx* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Select Health Medicare NoRx generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

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

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

diagnosticar o tratar su condición médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.

- **Usted recibe su atención de un proveedor que es elegible para brindar servicios bajo Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red se indican en el *Directorio de Proveedores*.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica

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

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

Su Proveedor de atención médica primaria (PCP) es el proveedor de atención médica que usted tiene que consultar para recibir la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella generalmente es el médico que usted ve con más frecuencia y diagnosticará y tratará los problemas médicos más comunes. Su PCP le ayudará a coordinar toda su atención médica y se comunicará con los médicos especialistas y otros proveedores de atención médica para atender sus necesidades médicas. Como un proveedor dentro de la red, su PCP solicitará autorización previa cuando sea necesario.

Su proveedor de atención médica primaria puede ser cualquiera de los siguientes tipos de proveedor:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Geriatra

Los servicios que su PCP generalmente proporcionará incluyen:

- Una visita de bienvenida a Medicare

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Visita de bienestar física e integral anual
- Vacunas
- Servicios de atención preventiva (vea información de beneficios de atención preventiva)
- Manejo de condiciones médicas crónicas (como diabetes, hipertensión, tratamientos de la obesidad)
- Necesidades de cuidados de urgencia

¿Cómo selecciona su PCP?

Los PCP de la red se pueden encontrar en el *Directorio de Proveedores*. Si desea que le ayudemos a elegir un PCP, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). Si ya tiene un PCP cuando se inscriba en *Select Health Medicare NoRx*, asegúrese de que él o ella es un proveedor de red que aparece en el *Directorio de Proveedores*. Usted es responsable de confirmar que su proveedor está contratado con nuestro plan. Para obtener la información más actualizada del *Directorio de Proveedores*, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare. Si usted no elige un PCP, nosotros le asignaremos uno. Puede cambiar su PCP en cualquier momento comunicándose con nosotros como se indica a continuación.

Los defensores de los miembros también pueden ayudarle a elegir o cambiar su médico de atención primaria. Los Defensores de Miembros actúan como un intermediario entre usted y los proveedores dentro de la red para lograr una comunicación efectiva, mejores resultados de atención y su satisfacción completa. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarle a programar una cita y también a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** entre semana de 7:00 a. m. a 8:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. Los usuarios TTY deben llamar al **711**.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, también es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo PCP en nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

Si necesita cambiar su PCP, simplemente llame a Servicios para Miembros y avísenos sobre el cambio. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

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

Un especialista es un médico que facilita servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

- Los oncólogos atienden a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con enfermedades del corazón.
- Los ortopedistas atienden a los pacientes con enfermedades de los huesos, articulaciones o músculos.

Aunque su plan no requiere referidos para poder recibir atención de un especialista, es generalmente recomendable coordinar la atención a través de su PCP y dejar que le ayuden a determinar si es necesaria la atención especializada. Los PCP pueden tratar una amplia gama de problemas y a menudo pueden hacerlo por un menor costo para usted que ver a un especialista.

Los proveedores participantes son responsables de obtener autorización previa para los servicios cuando sea necesaria. Mientras utilice proveedores en la red no es necesario solicitar autorización previa. Si usa proveedores fuera de la red, usted tiene la responsabilidad de obtener la autorización previa para los servicios, cuando sea obligatorio. El plan decide si se cubrirá el servicio. Consulte el capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuáles servicios requieren autorización previa.

Cómo encontrar un proveedor especialista de Select Health Medicare

Los proveedores especialistas de la red se pueden encontrar en el *Directorio de proveedores*. También puede visitar selecthealth.org/medicare, pulse en “Find a Doctor” (Encontrar un médico), y elija el tipo de especialista que necesita de la lista para encontrar la lista más actualizada de proveedores participantes.

Los Defensores de los miembros también pueden ayudarlo a encontrar un SCP a su medida. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarlo a programar una cita y también a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de los Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

Si necesita un *Directorio de Proveedores* de Select Health Medicare o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese siempre de que su proveedor esté en la red antes de recibir atención.

Cómo encontrar un Proveedor Paramount Dental

Para encontrar un proveedor para su plan dental, vea el Directorio de proveedores de Paramount Delta Dental. La lista actualizada de los proveedores participantes se encuentra en <https://insuringsmiles.com/selecthealth>. Los directorios de proveedores dentales están disponibles previa solicitud llamando a Servicios para Miembros También puede visitar selecthealth.org/medicare, hacer clic en "Encontrar un Médico" y elegir Paramount Dental de la lista, para encontrar el Directorio de proveedores de Paramount Delta.

Póngase en contacto con Servicios para Miembros de Paramount llamando al número gratuito **833-203-1176** de 5 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

También puede visitar Paramount Dental en línea las 24 horas al día, siete días a la semana en insuringsmiles.com. Los miembros pueden:

- Encontrar un dentista que se encuentra en la red de Paramount Dental
- Verificar los beneficios, las fechas de renovación, la cobertura y el estado de las reclamaciones
- Imprimir la tarjeta de identificación de miembro
- Revisar el historial de beneficios
- Obtener más información sobre la salud oral

Encontrar un minorista de Hardware de Vision Care® o un proveedor de EyeMed

La red EyeMed Access se utiliza para exámenes oculares de rutina, refracciones y hardware de la visión. Esto significa que puede usar el mismo proveedor para su examen ocular y hardware de la visión. Puede elegir obtener hardware de la visión (lentes de contacto, marcos y anteojos) o exámenes oculares de cualquier proveedor de EyeMed Vision de la red Access.

Para encontrar un proveedor de exámenes oculares o un vendedor minorista de hardware de la visión, o bien si tiene preguntas acerca de su beneficio, llame a Servicio para Miembros de EyeMed Vision al **844-872-8868** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios son:

- **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes de 6:00 a. m. a 12:00 a. m., los sábados de 6:00 a. m. a 9:00 p. m. y los domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.
- **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** De lunes a sábados de 6:00 a.m. a 12:00 p.m. y los domingos de 6:00 a.m. a 12:00 p.m.

También puede ir a selecthealth.org/medicare e iniciar sesión en su cuenta de miembro. Una vez que haya iniciado sesión, aparecerá la página del tablero principal donde encontrará el cartel de EyeMed Vision. Allí puede elegir acceder a su cuenta de EyeMed para acceder al portal de miembro de EyeMed. Use la herramienta de búsqueda para encontrar un proveedor o vendedor minorista de la red de Access que esté cerca de usted.

Encontrar un proveedor de aparatos de asistencia auditiva con TruHearing

Los aparatos de asistencia auditiva y exámenes para ajustarlos no están cubiertos, a menos que use un audiólogo aprobado de la red de TruHearing. Para encontrar un proveedor para su beneficio de aparatos de asistencia auditiva, llame a TruHearing al **866-201-9695** (Los usuarios TTY deben llamar al **711**). Los consultores de audición de TruHearing pueden ayudarlo a comprender sus beneficios y programar una cita.

Nota: Para evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico y exámenes auditivos de rutina, necesitará usar un proveedor de la red Select Health Medicare. Para encontrar un audiólogo para evaluaciones de audición y equilibrio u otra atención de la audición, consulte el *Directorio de proveedores* o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos**¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante del año. Si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o su proveedor de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente cuidados de él o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor nuevo calificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o prestación dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas después de que se haya aprobado la autorización previa.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que se haga cargo de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 7.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores de fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesarios desde un punto de vista médico. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.** Estas son otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.
- No necesita obtener un referido o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee solicitar una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte el Capítulo 7, Sección 4 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si luego determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 7 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que facture al plan primero. Pero, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que debemos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios necesarios con urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debería usted hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona no profesional con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, piensa que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia en caso necesario. Usted *no* necesita obtener autorización ni referidos previos de su PCP. No necesita usar un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en todo el mundo y de cualquier proveedor con la licencia adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos hacer seguimiento sobre su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, usualmente en un plazo de 48 horas. Contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la parte de atrás de este manual).

¿Qué tiene cobertura si usted tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición médica es estable y cuándo la emergencia médica ha terminado.

Después de que la emergencia haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que la condición médica sigue siendo estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces es difícil saber si usted tiene o no una emergencia médica. Por ejemplo, tal vez vaya a emergencias, pensando que su salud está en peligro grave, y el médico diga que no era una

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia médica, siempre que usted pensara razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, la cantidad de costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será más baja que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia**¿Qué son los servicios necesarios con urgencia?**

Un servicio necesario con urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios necesarios con urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios necesarios con urgencia son: i) un dolor de garganta intenso que se produce durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una condición médica conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

¿Qué ocurre si usted está en el área de servicio del plan cuando necesita servicios necesarios con urgencia?

Le recomendamos que obtenga los servicios necesarios con urgencia de los proveedores de la red mientras se encuentre dentro del área de servicio. Si se encuentra dentro del área de servicio del plan y elige un proveedor fuera de la red para un servicio de urgencia, su costo compartido puede ser mayor.

Si busca atención fuera del horario de atención o no puede encontrar un proveedor dentro de la red, puede ir a un centro de Intermountain InstaCare® u otro centro de atención de urgencia dentro de la red o comunicarse con nuestros Defensores de los Miembros. Se especializan en ayudar a los miembros a encontrar al médico adecuado para sus necesidades. Pueden ayudarle a hacer una cita, incluyendo para las condiciones médicas de urgencia, también ayudarle a encontrar el centro o médico disponible más cercano con la cita lo más pronto posible. Puede comunicarse con un Defensor de los Miembros llamando sin costo al **800-515-2220** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicio del plan cuando necesite servicios necesarios con urgencia?

Cuando está fuera del área de servicio, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información sobre los

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

copagos que pagará por la atención de urgencia y emergencia. Si se le solicita que pague los servicios por anticipado al viajar fuera de los Estados Unidos, y necesita solicitarnos un reembolso, vea el Capítulo 7 (Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos) para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Por favor, visite el siguiente sitio web: www.ready.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos de la red.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si se le presenta la factura a usted directamente por el costo total de sus servicios?**Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos**

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

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

Select Health Medicare NoRx cubre todos los servicios médicamente necesarios según lo indicado en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de tales servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber usado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. El pago de servicios, una vez que se ha alcanzado un límite de beneficio no contará para sus gastos de bolsillo máximos.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es un método por el cual los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio y usted haya expresado interés, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más acerca del estudio y verificar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que están realizando el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga por la mayoría de los costos cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos indica que está participando en un ensayo clínico calificado, sólo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita avisarnos ni obtener aprobación de nosotros o de su PCP. Los proveedores que proporcionan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar la prestación. Entre ellas se incluyen ciertos beneficios especificados en las Determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los Ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, usted *será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

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

Una vez que usted forme parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, tales como:

- Habitación y comidas por estadía en el hospital por las que Medicare pagaría aunque usted no formara parte de un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que formen parte del estudio de investigación clínica
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones debidos a la nueva atención

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad de costos compartidos que ha pagado. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de cómo presentar solicitudes de pagos.

Aquí hay un ejemplo de cómo se calculan los costos compartidos: Supongamos que usted obtiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación clínica. Supongamos también que su parte de los costos para este análisis es de \$20 bajo Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 exigido por Original Medicare. Entonces, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, que es el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

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

- En general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio probado por el estudio a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun cuando usted *no* formara parte de un estudio.
- Artículos o servicios facilitados únicamente para recopilar datos, y no utilizados directamente en su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales (CT) realizadas como parte del estudio, si su condición médica requiriese normalmente una sola tomografía.

¿Desea averiguar más detalles?

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

Usted puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. La publicación está disponible en:

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa no médica**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica?**

Una institución no médica religiosa es un centro que proporciona atención para una condición médica que generalmente sería tratada en un hospital o centro especializado de enfermería. Si el obtener atención en un hospital o un centro especializado de enfermería va contra las creencias religiosas de un miembro, facilitaremos cobertura para la atención en una institución no médica religiosa. Este beneficio es facilitado únicamente para servicios de hospitalización de la Parte A (no para servicios de atención médica).

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica, deberá firmar un documento legal declarando que se opone, por razones de conciencia, a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o tratamiento médico son aquellos que *no* son voluntarios ni son *requeridos* bajo la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones médicas:

- El centro que esté facilitando la atención deberá estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba estará limitada a aspectos *no religiosos* de su atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución en un centro, las siguientes condiciones aplican:
 - Usted deberá tener una condición médica que le permitiría obtener servicios cubiertos de hospitalización o en un centro especializado de enfermería.
 - – y – deberá obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o de lo contrario su estadía no estará cubierta.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Le pertenecerá a usted el equipo médico duradero después de hacer cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de determinados artículos, tales como prótesis. En esta sección hablaremos sobre otros tipos de EMD que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico duradero, se quedan con el equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Select Health Medicare NoRx*, no adquirirá la propiedad de los artículos EMD alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo EMD bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por el equipo médico duradero si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de EMD mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para obtener la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se ha afiliado a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Ha realizado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se ha afiliado a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que vuelva a afiliarse a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, *Select Health Medicare NoRx* cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

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

Si abandona *Select Health Medicare NoRx* o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Al cabo de cinco años puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque siga en la misma empresa, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos (qué
está
cubierto y qué paga usted)*

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *Select Health Medicare NoRx*. Más adelante en este capítulo, usted podrá hallar información acerca de servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos
--

Para entender la información de pago que le indicamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de gastos de su bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que reciba ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- El **Coseguro** es un porcentaje que usted paga del total de los costos por ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos que aparece en la Sección 2 indica más acerca de su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para el programa de Medicaid o para el programa de beneficiario que califica para Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

En nuestro plan, existen dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo de sus gastos de bolsillo dentro de la red (MOOP)** es de \$6700. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos del plan recibidos de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red cuentan para este monto de gastos de bolsillo máximos dentro de la red. (Los montos que paga por los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto de gastos de bolsillo máximos dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para sus gastos de bolsillo máximos dentro de la red. Estos servicios se especifican en la Tabla de Beneficios Médicos. Si pagó \$6700 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año cuando vea a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro pagador pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Su **monto máximo combinado de gastos de bolsillo** es de \$10,000 (diez mil). Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que usted paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos cuentan para este monto combinado de gastos de bolsillo máximos. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto combinado de gastos de bolsillo máximos. Estos servicios se especifican en la Tabla de Beneficios Médicos. Si pagó \$10,000 (diez mil) por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro pagador pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen facturas de saldo

Como miembro de *Select Health Medicare NoRx*, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales aparte, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos brindados por un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá de qué tipo de proveedor utilice:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores participantes.
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha efectuado una *facturación de saldo*, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar lo que está cubierto y cuánto va a pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las próximas páginas indica los servicios que cubre *Select Health Medicare NoRx* y lo que usted paga como gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios detallados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser facilitados según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención, servicios, suministros, equipos médicos y medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y cumplen los estándares aceptados en la práctica médica.
- Usted tiene un proveedor de atención médica primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *sólo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de *Select Health Medicare NoRx*. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Además, los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de beneficios requieren aprobación por adelantado:
 - Procedimientos de aborto
 - Servicios de acupuntura
 - Adenoamigdalectomías y amigdalectomías
 - Todas las admisiones a las instalaciones, incluida la rehabilitación, atención de transición, servicios de enfermería especializada y todas las hospitalizaciones que no son para condiciones médicas de urgencia o emergencia
 - Seleccionar terapia con células T receptoras de antígenos
 - Seleccionar servicios de ambulancia
 - Transporte no urgente en ambulancia
 - Cirugías ambulatorias/Paciente ambulatorio que no se realizan en un Centro quirúrgico ambulatorio
 - Procedimientos de pérdida de peso bariátricos

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Servicios quiroprácticos
- Implantes de tronco cerebral auditivo y coclear
- Monitores continuos de glucosa
- Procedimientos potencialmente estéticos, incluyendo (entre otros):
 - Procedimientos en los senos (reducciones, aumentos, tatuajes o reconstrucción)
 - Procedimientos de la pared torácica
 - Procedimientos en los ojos
 - Cirugías faciales
 - Liposucción y paniclectomía
 - Procedimientos de cirugía plástica/reconstructiva
 - Revisiones de la cicatriz
 - Procedimientos en las venas
- Servicios dentales y aparatos bucales cubiertos por Original Medicare, incluido cualquier servicio relacionado con los dientes o estructuras de apoyo directo a los dientes
- Cierta equipo médico duradero (EMD), prótesis/aparatos ortopédicos, suministros médicos e implantes incluidos (entre otros):
 - Todos los artículos de DME, prótesis/aparatos ortopédicos y suministros médicos con un precio de compra superior a \$1,500
 - Desfibriladores externos
 - Chaleco de compresión de pecho de alta frecuencia
 - Monitores INR
 - Bombas de insulina
 - Medicamento y bomba de infusión
 - Dispositivos para el habla
 - Ayudas para la visión
- Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, salvo lo dispuesto en un ensayo clínico aprobado por Medicare (para obtener más información acerca de los ensayos clínicos, consulte el Capítulo 3, Sección 5).
- Seleccionar cirugía del pie
- Seleccionar pruebas genéticas
- Cirugía de afirmación de género
- Seleccionar servicios de salud en el hogar
- Oxigenoterapia hiperbárica

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Histerectomías
- Servicios para tratamiento de la infertilidad
- Determinados medicamentos inyectables y de especialidad
- Procedimientos de articulaciones, incluyendo (entre otros):
 - Seleccionar artroscopio
 - Implante autólogo de condrocitos de la rodilla
 - Reemplazos articulares
- Seleccionar pruebas de laboratorio
- Terapia de heridas de presión negativa
- Pruebas neuropsicológicas, servicios psicológicos seleccionados y biorretroalimentación
- Procedimientos de apnea obstructiva del sueño
- Procedimientos orales/maxilofaciales
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (en el consultorio de un proveedor o en un centro para pacientes ambulatorios)
 - Ciertos procedimientos avanzados de broncoscopia, endoscopia y colonografía
 - Seleccionar imágenes cardíacas avanzadas
 - Seleccionar estudios de imágenes avanzados (MRI, MRA y tomografía computarizada)
 - Seleccionar tratamientos avanzados de radiación y haz de protones
 - Seleccionar escaneos de tomografía por Emisión de positrones (TEP)
- Control del dolor
- Determinados medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 para más información
- Servicios de terapia de rehabilitación:
- Procedimientos robóticos
- Tratamiento de la disfunción sexual
- Determinadas cirugías de la columna vertebral
- Cirugía estereotáctica y radiocirugía
- Estimuladores (externo o implantable para neuro, crecimiento óseo y dolor, excepción unidades de TENS)
- Seleccionar Cirugías/Procedimientos en el consultorio médico
- Reemplazos de válvula con catéter y otros procedimientos cardíacos percutáneos avanzados seleccionados

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

- Trasplantes
- Reemplazos de válvula con catéter y otros procedimientos cardíacos percutáneos avanzados seleccionados
 - Nunca necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado, ya que muchos servicios requieren autorización previa.

Otros temas importantes que debe conocer acerca de nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, la cantidad que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por el plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores participantes.
 - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por el monto reembolsado por Medicare a los proveedores no participantes.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted pagará *más* en nuestro plan de lo que usted pagaría en Medicare Original. Para otros servicios, usted pagará *menos*. (Si quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2023*. Visite el sitio web www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. Un único ultrasonido diagnóstico para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si usted recibe un referido para aquella visita de su médico, asistente médico, enfermera o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por este examen preventivo (que se cubre una vez en la vida).</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por este examen preventivo (que se cubre una vez en la vida).</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, otra enfermedad, etc.); • no está asociado con una cirugía, y • no está asociado con embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en La ley de Seguro Social 1861(r)(1)) pueden realizar acupuntura según los requisitos estatales que correspondan.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los médicos asistentes (PA), enfermeros titulados (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se define en La ley de Seguro Social 1861(aa)(5)), y personal auxiliar pueden realizar acupuntura si reúnen los requisitos estatales que correspondan y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título universitario y doctoral en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, • una licencia actual, total y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (como Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe tener el nivel de supervisión suficiente de un médico, PA o NP/CNS, según lo requieren las regulaciones del Título 42 del CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa y por tierra, a la clínica apropiada más cercana que pueda proporcionar atención médica sólo si se le proveen a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es medicamente requerido.</p> <p>*Se requiere autorización previa para el transporte no urgente por ambulancia. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare (cada recorrido).</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$250 para el transporte no urgente en ambulancia (por viaje de ida o de vuelta).</p>
<p> Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico de rutina anual es un examen preventivo anual integral que incluye un examen general basado en la</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen físico de rutina anual.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>edad y los factores de riesgo. Está cubierto una vez por año calendario.</p> <p>Ciertas pruebas preventivas de laboratorio están cubiertas como parte de su examen físico de rutina anual.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen físico de rutina anual.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede realizar una visita anual para elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus factores de riesgo y estado de salud actuales. Está cubierto una vez por año calendario.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar dentro de los 12 meses de su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya realizado la visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una visita anual de bienestar.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas elegibles (generalmente, esto quiere decir las personas con riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección preventiva del cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años de edad o mayores • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por mamografías de detección cubiertas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de la aspirina (si es apropiado), revisar su presión arterial y darle sugerencias para asegurarse de que come de manera saludable.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular.</p>
<p> Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada cinco años.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	que se cubren una vez cada cinco años.
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer cervicouterino o ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p>*Una autorización previa es necesaria para el transporte no urgente por ambulancia. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia. Una vez cada 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • Pruebas de ADN de heces multi objetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de cribado o de la última sigmoidoscopia flexible. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios de acompañamiento</p> <p>Los servicios de acompañamiento son administrados por Papa.</p> <p>Papa proporciona hasta 30 horas de servicios de acompañamiento conectando miembros con acompañantes de la red (Papa Pals). Papa se pondrá en contacto con usted si está interesado en los servicios. Si desea comunicarse con Papa para recibir servicios de acompañamiento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este manual).</p> <p>Los Papa Pals proporcionan acompañamiento y también pueden brindar ayuda con actividades instrumentales de la vida cotidiana, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias • Asistencia con tecnología • Recordatorios de citas 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por 30 horas al año de servicio de acompañamiento con un Papa Pal.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para los servicios de acompañamiento cuando no los administra Papa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones del cumplimiento con la toma de medicamentos • Asistencia con los quehaceres del hogar y la preparación de alimentos • Transporte esencial para viajes de corta distancia para realizar trámites y asistir a citas <p>Actividades de entrenamiento físico como caminar, visitas al gimnasio y jardinería</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>Este beneficio es administrado por Paramount Dental. (Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de la red Paramount Dental Medicare, consulte el capítulo 3, sección 2.3)</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radiación contra un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Este plan proporciona cierta cobertura dental preventiva y completa no cubierta por Medicare Original</p> <p>Este plan cubre:</p> <p>Servicios dentales preventivos/diagnósticos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 exámenes orales periódicos por año calendario. Los exámenes orales están limitados a dos exámenes, de cualquier tipo de procedimiento (examen oral periódico/limitado (D0120), oral centrado en problemas (D0140)/ oral integral (D0150)/evaluación periodontal (D0180)) por año calendario. Los servicios los deben prestar un proveedor dental participante dentro de la red. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos.</p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por los servicios de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por los servicios de restauración.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por endodoncias.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por periodoncias.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por extracciones.</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por otros servicios de cirugía oral/maxilofacial</p> <p>Fuera de la red:</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 2 limpiezas preventivas (D1110) por año calendario. • Hasta 4 (un juego) radiografías dentales de aleta de mordida (D0270- D0274) por año calendario. • 2 tratamientos con flúor (D1206/D1208) por año calendario. <p>El tratamiento con fluoruro incluye la aplicación tópica de barniz de fluoruro o la aplicación tópica de fluoruro, excluyendo el barniz.</p>	<p>Servicios dentales preventivos</p> <p>Usted paga un coseguro de \$0 por los servicios dentales preventivos cubiertos.</p>
<p>Servicios dentales integrales y de diagnóstico cubiertos</p>	<p>Servicios dentales integrales</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de diagnóstico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico <p>Las evaluaciones intraorales (D0220/D0230) están limitadas a tres evaluaciones dentro de cualquier período de 12 meses consecutivos del año del plan de beneficios. Las series completas (D0210) de imágenes radiográficas cubiertas están limitadas a 1 cada 3 años.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de restauración.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración <p>Las amalgamas (D2140-D2161) y los compuestos a base de resina (D2330-D2394) están limitados a un procedimiento por diente cada 3 años.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por endodoncias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia <p>La terapia de endodoncia (D3310/D3320/D3330) no es elegible para el retratamiento en los 4 años siguientes a la fecha del tratamiento original.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por periodoncias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia <p>Los procedimientos de raspado periodontal (D4341/D4342) y alisado radicular requieren la presentación de documentación de respaldo y están sujetos a una revisión de utilización.</p> <p>Debe contener 4 dientes con cavidades de 4+MM. Estos procedimientos se cubren cada 3 años. El mantenimiento periodontal (D4910) se cubre 2 veces por año del plan de beneficios.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por extracciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Extracciones (D7140/D7210) <p>Visitas ilimitadas.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por otros servicios de cirugía oral/maxilofacial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otros servicios de cirugía oral/maxilofacial (D7220/D7250) 	<p>El beneficio máximo por servicios odontológicos preventivos, de diagnóstico y completos es de \$2,000.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Para conocer los Servicios dentales cubiertos por Medicare, consulte la sección Servicios médicos/profesionales de esta tabla de beneficios médicos.</p>	
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen preventivo de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referidos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una visita anual de detección de depresión.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de hiperglucemia (glucosa alta en sangre). Las pruebas pueden también estar cubiertas si satisface otros requisitos, como sobrepeso y tener historial de diabetes en la familia.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que sea elegible para hasta dos exámenes preventivos de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insumos para monitorizar su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras de prueba de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par por año de calendario de 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por equipos y suministros cubiertos para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para zapatos terapéuticos o plantillas terapéuticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>zapatos moldeados a la medida terapéuticos (incluyendo plantillas provistas con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas no hechas a la medida que pueden quitarse y se proveen con esos zapatos). La cobertura incluye pruebas de ajuste correcto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. • Las bombas de insulinas están cubiertas bajo el beneficio de Equipo médico duradero (EMD). Para obtener información acerca de la cobertura de EMD, vaya a la sección “Equipo médico duradero y suministros relacionados” que se encuentra en este cuadro de beneficios. • La insulina para las bombas de insulina se encuentra cubierta bajo el beneficio de medicamentos de la parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte B, por favor consulte la sección, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. <p>*Se requiere autorización previa para los monitores de glucosa continuos. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los equipos y suministros cubiertos para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro para zapatos terapéuticos o plantillas terapéuticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por el beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>
<p>Colonoscopia de diagnóstico</p> <p>Las colonoscopias de diagnóstico se realizan para evaluar o controlar condiciones médicas conocidas. Si tiene un historial de pólipos u otras condiciones médicas del colon, o tiene síntomas que indican posibles condiciones médicas, entonces cualquier colonoscopia realizada será de diagnóstico por naturaleza.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$375 por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados*</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por los equipos médicos</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>(Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 de este documento, así como el Capítulo 3, Sección 7).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión I.V., dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el EMD médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, usted tal vez pueda solicitar que hagan un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de los artículos de EMD que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>duraderos y suministros cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por los equipos médicos duraderos y suministros cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona no profesional con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, piensa que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Se exonera el pago si a usted lo ingresan en el hospital en las 24 horas siguientes por la misma condición médica. Si lo ingresan en el hospital tendrá que pagar el copago correspondiente de hospitalización.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>El costo compartido para servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.</p>	<p>condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que lo estabilicen. Si se queda en un hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto del costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que lo estabilicen.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>El beneficio Bienestar a su manera (Wellness Your Way) le permite decidir cómo gastar su dinero en salud y bienestar.</p> <p>Recibirá una tarjeta prepago Mastercard® de beneficios flexibles de SelectHealth Medicare. Cada año hay una asignación que le ayuda a cubrir los gastos de bolsillo en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los <i>beneficios de actividad física</i> incluyen la membresía en a un gimnasio, un centro de entrenamiento físico o un club de salud. Tarifas por jugar golf, boletos para andariveles y clases de ejercicio físico. • Las <i>clases y los servicios de educación para la salud</i> incluyen programas formales de educación para la salud si son impartidos por un educador de salud certificado o un profesional de la salud licenciado y si consisten en sesiones interactivas que principalmente proporcionan información sobre la salud, fomentan la adopción de comportamientos saludables por los miembros, desarrollan habilidades 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por estos servicios.</p> <p>Usted cuenta con una asignación de \$240 cada año en su tarjeta prepago Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare para usarla en artículos y servicios complementarios de locales participantes.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para los servicios de Bienestar a su manera cuando no se utilizan en los locales participantes.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>para mejorar las capacidades de autocuidado y se alinean con la meta general de mejorar los programas de gestión del peso saludable de los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para la salud no cubiertos por este plan: servicios de educación alternativa u holística. • Los <i>servicios nutricionales</i> incluyen sesiones individuales o grupales u otros servicios de orientación totalmente interactivos de un dietista autorizado u otro profesional autorizado con especialización y experiencia en nutrición y dieta. • Los <i>programas de control de peso</i> cubiertos por el beneficio de bienestar incluyen programas formales como Weight Watchers o Jenny Craig. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de control del peso no cubiertos por este plan: compra de comidas o suplementos alimenticios. <p>El dinero del beneficio se puede gastar en los comercios participantes, tal como se ha definido anteriormente. Para obtener información adicional, visite su portal MyBenefits en SelectHealth.NationsBenefits.com. Cualquier monto de beneficio sin usar vencerá al final del año.</p> <p>Este beneficio no sustituye a sus actuales beneficios independientes y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de bolsillo. El beneficio de Bienestar a su manera es sólo para su uso personal, no puede ser vendido ni transferido y no tiene valor en efectivo.</p> <p>Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SelectHealth.NationsBenefits.com/activate.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de Experiencia para Miembros de NationsBenefits al (833) 878-0232 (TTY:711), 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.</p>	
<p>Servicios de la audición</p> <p>Para evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico y exámenes auditivos de rutina, necesitará usar un</p>	<p>Dentro de la red:</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>proveedor de la red Select Health Medicare. (Para obtener información sobre cómo encontrar un audiólogo de la red de Select Health Medicare, consulte el capítulo 3, sección 2.3).</p> <p>Exámenes de audición cubiertos por Medicare:</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y de equilibrio llevadas a cabo por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Exámenes de audición de rutina:</p> <p>Los exámenes de audición de rutina para evaluar la audición están cubiertos una vez por año calendario con un proveedor de TruHearing (para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de TruHearing, consulte el capítulo 3, sección 2.3).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de audición de rutina.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por exámenes de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por exámenes de audición de rutina.</p>
<p>Aparatos de asistencia auditiva</p> <p>Los aparatos de asistencia auditiva y exámenes para ajustarlos no están cubiertos, a menos que use un audiólogo aprobado de la red de proveedores TruHearing. (Para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de aparatos de asistencia auditiva, consulte el capítulo 3, sección 2.3).</p> <p>Hasta dos aparatos de asistencia auditiva TruHearing cada año (una por oído por año). El beneficio se limita a los aparatos de asistencia auditiva avanzados y premium de TruHearing, que vienen en diferentes estilos y colores. Los aparatos de asistencia auditiva premium, que están disponibles en opciones de estilo recargable sin costo adicional.</p> <p>La compra de aparatos de asistencia auditiva incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos de asistencia auditiva • Examen y evaluación de la audición 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Nivel 1 – Avanzado: Usted paga un copago de \$399 por aparato de asistencia auditiva.</p> <p>Nivel 2 – Premium: Usted paga un copago de \$699 por aparato de asistencia auditiva.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para los aparatos de asistencia auditiva cuando no las administra TruHearing.</p> <p>Nota: Los aparatos de asistencia auditiva no están incluidas en los gastos de bolsillo máximos anuales.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año de visitas de seguimiento dentro del primer año de la compra del aparato de asistencia auditiva • Período de prueba de 60 días • 3 años de garantía extendida • 80 baterías por prótesis con modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes de orejas • Accesorios de aparatos de asistencia auditiva • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales cuando se compra un aparatos de asistencia auditiva recargable • Los aparatos de asistencia auditiva que no son aparatos de asistencia auditiva de marca TruHearing • Costos asociados con reclamaciones de garantía por pérdida y daño Los costos asociados con los productos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. 	
<p> Análisis de detección del VIH</p> <p>Para las personas que piden una prueba diagnóstica de VIH o que tienen mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen diagnóstico cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta un máximo de tres exámenes diagnósticos durante un embarazo 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 0% de coseguro para los miembros que califiquen para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de agencia de salud en el hogar*</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, el médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenar que una agencia de salud en el hogar provea servicios de salud en el hogar. Usted debe estar</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la atención de una agencia de atención médica</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>confinado en el hogar, lo cual quiere decir que irse de casa constituye gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para que se cubran bajo el beneficio de atención médica en el hogar, la suma de sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio debe dar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo médico y suministros <p>*Una autorización previa puede ser necesaria para determinados cuidados de agencia de atención en el hogar. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por la atención de una agencia de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de atención para pacientes terminales.</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de atención para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de atención para pacientes terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su evolución normal. Usted debe recibir atención de un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del centro de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar 	<p>Cuando se inscribe en un programa de centro de atención para pacientes terminales certificado por Medicare, sus servicios de centro de atención para pacientes terminales y sus servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no Select Health Medicare NoRx.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de consulta de atención de pacientes terminales si los realiza un proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de consulta de atención de pacientes</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Cuando lo ingresan en un centro de atención para pacientes terminales, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, debe seguir pagando las primas del plan.</p>	<p>terminales si los realiza un especialista.</p>
<p><u>Para los servicios de atención de pacientes terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de atención de pacientes terminales por sus servicios de atención de pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de atención para pacientes terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare normalmente paga. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro por los servicios de consulta de atención de pacientes terminales.</p>
<p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como por ejemplo si hay un requisito de obtener autorización previa).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para la obtención del servicio, usted pagará solamente el monto correspondiente a los costos compartidos de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido del plan por los servicios fuera de la red. 	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por <i>Select Health Medicare NoRx</i> pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> <i>Select Health Medicare NoRx</i> seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar que estén o no relacionados con su pronóstico terminal.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Usted pagará los costos compartidos de su plan para estos servicios.</p> <p>Nota: Si usted necesita atención que no sea para pacientes terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), usted debería comunicarse con nosotros para coordinar esos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre servicios de consulta por atención para pacientes terminales (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido obtener el beneficio de atención para pacientes terminales. 	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las vacunas contra la neumonía, influenza (gripe), hepatitis B y vacunas contra la COVID-19.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las vacunas contra la neumonía, influenza (gripe), hepatitis B y vacunas contra COVID-19.</p>
<p>Atención para pacientes internados*</p> <p>Incluye atención a corto plazo para pacientes internados, atención de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención del paciente internado empieza el día en que lo ingresan formalmente al hospital a través de una orden del médico. Su último día de hospitalización es el día antes de recibir el alta del hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería general 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga el siguiente copago por la atención hospitalaria cubierta por Medicare cada vez que ingresa a un hospital.</p> <p>Usted paga un copago de \$395 por día por los días 1 a 4.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por días adicionales.</p> <p>Los beneficios y copagos empiezan de nuevo cada vez que usted es ingresado en un centro para pacientes internados.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Costos de unidades de cuidados especiales (tales como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios para pacientes internados por abuso de drogas. • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante de la red son en un lugar distante, usted puede elegir obtener sus servicios de trasplante localmente siempre que el proveedor del trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Original Medicare. Si <i>Select Health Medicare NoRx</i> ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del área de servicio de trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos 	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare cada vez que ingresa en un centro.</p>
<p>Nota: Para ser internado, su proveedor deberá escribir una orden para ingresarlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un <i>paciente ambulatorio</i>. Si usted no está seguro de si es un paciente</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>internado o ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria de pacientes internados. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Nuestros planes cubren hasta 90 días de atención de salud mental en un hospital cada vez que sea ingresado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia” adicionales. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días.</p> <p>Hay un 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 servicios de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>*Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internados. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga el siguiente copago por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare cada vez que es ingresado en un centro.</p> <p>Usted paga un copago de \$395 por día por los días de 1 a 4.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días de 5 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para días de reserva de por vida.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Medicare cada vez que ingresa en un centro.</p>
<p>Atención para pacientes internados: Los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro especializado de enfermería durante una hospitalización no cubierta.</p> <p>Si se le han acabado los beneficios de paciente internado o si la estadía de paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas (como las pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isotopos, incluyendo materiales y servicios de técnico • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortóticos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano del cuerpo interno permanentemente que no funcione o que funcione mal, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos • Aparatos para las piernas, brazos y cuello, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida, o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Usted paga la cantidad que pagaría por los servicios ambulatorios. Consulte las secciones correspondientes de esta tabla de beneficios para obtener información adicional sobre cualquiera de estas categorías de servicios cubiertos para beneficios dentro y fuera de la red.</p>
<p>Atención de urgencia de Intermountain Connect Care</p> <p>La atención de urgencia de Intermountain Connect Care es un servicio conveniente que ofrece acceso en línea para condiciones médicas comunes. Los miembros de Select Health Medicare NoRx tienen acceso a proveedores certificados para el ejercicio de la medicina las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de computadoras</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de atención de urgencia de Intermountain Connect Care.</p> <p>Fuera de la red:</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>o dispositivos móviles (Android/iOS) con Internet habilitado. Connect Care trata condiciones médicas como congestión y goteo nasal, alergias, dolor de garganta, infecciones de los ojos, dolor de oídos, tos, dolor al orinar, dolor lumbar, dolores o distensiones articulares y problemas leves de la piel. Tenga en cuenta que la atención de urgencia de Connect Care no es para emergencias médicas. Llame al 911 o acuda al servicio de emergencias más cercano en caso de necesitar atención de emergencia.</p>	<p>No hay cobertura para este beneficio cuando no es administrado por Intermountain Connect Care.</p>
<p>Programa LiVe Well de Intermountain</p> <p>El Programa LiVe Well de Intermountain tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de los pacientes mediante servicios y clases ofrecidas en uno de los Centros LiVe Well o en línea.</p> <p>Tendrá acceso a un equipo de expertos en bienestar y entrenamiento físico que tendrán un enfoque específico para ayudarlo a administrar condiciones médicas y mejorar el bienestar general.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres evaluaciones de estado físico funcional durante el año • Hasta dos clases de Move Well por semana • Hasta tres sesiones de orientación en salud por año calendario • Acceso ilimitado a clases de ejercicio digital y virtual en línea <p>Para usar este beneficio, puede remitirlo un proveedor o puede remitirse solo visitando el Centro LiVe Well más cercano, o bien visite intermountainhealthcare.org/services/wellness-preventive-medicine/live-well-centers/.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios del Programa LiVe Well.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para este beneficio cuando no es administrado por Intermountain LiVe Well.</p>
<p>Comidas después del alta hospitalaria*</p> <p>Este beneficio está disponible para los miembros que reúnen los requisitos después de recibir el alta de un hospital o centro especializado de enfermería. Este beneficio incluye 2 comidas diarias entregadas a domicilio</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por las comidas después del alta.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>durante un máximo de 14 días. Hay un máximo de 2 semanas por período de beneficio.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para este beneficio cuando no se administra a través del programa de comidas después del alta de Select Health.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>La terapia nutricional médica (MNT) es un enfoque terapéutico para tratar enfermedades y sus síntomas asociados. La MNT usa una dieta específicamente diseñada para usted por un médico, un dietista registrado o un profesional de la atención calificado que también la controlará.</p> <p>Este beneficio es principalmente para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón. Las condiciones médicas cubiertas adicionales incluyen prediabetes, obesidad mórbida, tratamiento contra el cáncer, desnutrición, enfermedad cardiovascular e hipertensión.</p> <p>Cubrimos de forma ilimitada servicios de orientación individual y grupal para ayudarle a manejar mejor ciertas condiciones médicas que incluyen, entre otras, las indicadas anteriormente.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención de cambio de comportamiento estructurado que ofrece capacitación práctica para un cambio en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para la solución de problemas para superar los desafíos para mantener el peso perdido y un estilo de vida sano.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio de MDPP.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga 0- 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios médicos, servicios ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como los nebulizadores) que se autorizaron en el plan • Factores de coagulación que se administra usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted está inscrito en Medicare Parte A cuando se realice el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado al hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifique estaba relacionada a osteoporosis después de la menopausia, y no puede administrarse el medicamento usted misma. • Antígenos • Ciertos medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto de la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos de uso tópico y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®] o darbepoetina alfa) • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento de enfermedades principales de deficiencia inmunológica en el hogar. • Los medicamentos reembolsables son identificados trimestralmente por los CMS. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el coseguro efectivo del beneficiario para esos medicamentos, podría cambiar cada trimestre. 	<p>Parte B de Medicare y otros medicamentos de la parte B.</p> <p>Usted paga un coseguro de 0 a 20% hasta \$35 por un suministro de un mes de Insulina de la Parte B.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la parte B.</p> <p>Usted paga un coseguro de \$40 hasta \$35 por un suministro de un mes de Insulina de la Parte B.</p>
<p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>terapia escalonada: selecthealth.org/medicare/pharmacy/pharmacy-benefits También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se le cubran las recetas. Lo que paga usted por sus medicamentos con receta de la Parte D se explica en el Capítulo 6.</p> <p>*Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Comuníquese con nosotros para recibir información adicional. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este manual). Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p> <p>*Se requiere de terapia escalonada en ciertos medicamentos de la Parte B. Esto quiere decir que se le puede solicitar que pruebe un medicamento diferente de la Parte B (beneficio médico) o de la Parte D (beneficio de medicamentos con receta) antes de tomar ciertos medicamentos de la Parte B. Sus costos no serán más elevados cuando toma un medicamento de terapia escalonada.</p>	
<p> Terapia y prueba de detección de la obesidad para promover el sostenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta orientación está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención exhaustivo. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 por el examen preventivo y la terapia de la obesidad</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$0 por el examen preventivo y la terapia de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno de uso de opioides (OUD, por su sigla en inglés) pueden recibir la cobertura de servicios para tratarlo mediante un Program</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por los servicios del programa</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>de tratamiento de opioides (OTP, por su sigla en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos antagonistas aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de EE. UU. • Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Orientación por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los servicios del programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopos) incluyendo materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendas • Entablillados, enyesados y otros métodos y aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 anterior para obtener una lista completa de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p><u>Radiografías</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare en el consultorio de su médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Radioterapia</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por servicios de radioterapia cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Suministros quirúrgicos</u></p> <p>Usted paga 20% de coseguro por suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare no relacionados con una cirugía o procedimiento como paciente ambulatorio.</p> <p><u>Estudios del sueño</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los estudios del sueño en el hogar administrados por su PCP.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los estudios del sueño en el</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>hogar administrados por un especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por estudios del sueño en un centro del sueño certificado o en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Pruebas de esfuerzo cardíaco no nucleares</u> Usted paga 20% de coseguro por las pruebas de esfuerzo cardíaco no nucleares cubiertas por Medicare</p> <p><u>Pruebas de esfuerzo cardíaco nucleares</u> Usted paga un copago de \$150 por servicios de medicina nuclear cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Pruebas de laboratorio</u> Usted paga un copago de \$0 por pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare en el consultorio de su médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p><u>Servicios de sangre</u> Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Imágenes avanzadas</u> Usted paga un copago de \$75 por servicios de imágenes avanzadas cubiertas por Medicare en el consultorio de un médico o en un centro para pacientes ambulatorios, además de cualquier copago correspondiente por visita al consultorio o al centro.</p> <p><u>Medicina nuclear</u> Usted paga un copago de \$150</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>por servicios de medicina nuclear cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico o en un centro para pacientes ambulatorios, además de cualquier copago correspondiente por visita al consultorio o al centro.</p> <p><u>Otras pruebas de diagnóstico</u> Usted paga un copago de \$0 por las pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare en el consultorio de su médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro por todas las pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Observación en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, para determinar si usted debe ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación en un hospital para pacientes ambulatorios, estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otro individuo autorizado conforme a la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal hospitalario para ingresar pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de servicios ambulatorios de hospital.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$375 por los servicios hospitalarios de observación, para pacientes ambulatorios, cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro por los servicios hospitalarios de observación, para pacientes ambulatorios, cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios recibidos en un departamento de urgencias o clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía de paciente ambulatorio. • Pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin el mismo. • Radiografías y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • Suministros médicos tales como los entablillados y los enyesados • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de servicios ambulatorios de hospital.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p><u>Procedimientos para pacientes ambulatorios</u> Usted paga un copago de \$375 por los procedimientos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Suministros médicos</u> Usted paga 20% de coseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Terapia de infusión I.V.</u> Usted paga 20% de coseguro por servicios de terapia de infusión I.V. cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Quimioterapia</u> Usted paga 20% de coseguro por servicios de quimioterapia cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios de transfusión de sangre</u> Usted paga 20% de coseguro por servicios relacionados con transfusiones de sangre cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital.</p> <p>Usted también puede obtener más información en el folleto informativo de Medicare <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Este folleto informativo está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 anterior para obtener una lista completa de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p><u>Cuidado de heridas</u> Usted paga un copago de \$40 por servicios de cuidado de heridas cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Otros servicios para pacientes ambulatorios</u> Usted paga 20% de coseguro para cualquier otro servicio recibido en un centro hospitalario ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro por todos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, un Consejero profesional con licencia (LPC), un Terapeuta con licencia para matrimonios y familiar (LMFT), Enfermera especializada (NP), Ayudante de médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales pertinentes.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$20 por terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga 40% de coseguro por terapia individual y grupal de Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por visita/encuentro por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes y Centros integrales de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <p>*Se requiere autorización previa para Servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio. Consulte el capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información adicional. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>cubiertos por Medicare, proporcionados en el consultorio de un especialista, en un hospital para pacientes ambulatorios o CORF.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por visita/encuentro por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla cubiertos por Medicare proporcionados en el consultorio de un especialista, en un hospital para pacientes ambulatorios o CORF.</p>
<p>Servicios por abuso de drogas para pacientes ambulatorios*</p> <p>Tratamiento y orientación por abuso de drogas proporcionado en el consultorio de un especialista o en un entorno para pacientes ambulatorios.</p> <p>*Se requiere autorización previa para los Servicios por abuso de drogas para paciente ambulatorio. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por servicios individuales por abuso de drogas cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios grupales por abuso de drogas cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por servicios individuales por abuso de drogas cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se le va a hacer una operación quirúrgica en una clínica de hospital, debe preguntarle a su proveedor si va a ser paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para hospitalizarlo, usted es</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$375 por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un <i>paciente ambulatorio</i>.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Usted paga un copago de \$275 por la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cirugía ambulatoria cubierta por Medicare en un medio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria.</p>
<p>Medicamentos y suministros sin receta (OTC)</p> <p>Tiene una asignación trimestral para gastar en artículos, medicamentos y productos sin receta (OTC) aprobados por el plan. Recibirá una tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare.</p> <p>Si no usa todo el monto de su beneficio trimestral al pedir o hacer compras, el saldo restante no se acumulará para el próximo período de beneficios OTC del año siguiente.</p> <p>Cómo obtener productos OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite SelectHealth.NationsBenefits.com • Por teléfono: llame al (833) 878-0232 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) • Por correo electrónico: rellene y envíe el formulario de pedido en el catálogo de productos de NationsBenefits/SelectHealth. • Minoristas: utilice su tarjeta Mastercard® de beneficios flexibles de Select Health Medicare en los locales minoristas participantes. <p>Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en SelectHealth.NationsBenefits.com/activate.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un asesor de experiencia de miembros de NationsBenefits al (833) 878-0232. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 de copago por estos servicios.</p> <p>Usted cuenta con una asignación de \$75 cada trimestre en una tarjeta de beneficios flexibles de Select Health Medicare para usar en productos OTC que califiquen.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para medicamentos y suministros de venta libre cuando no son administrados por NationsBenefits.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos*.</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio en el hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>*Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por día por un programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por día por un programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos y profesionales autorizados, incluidas las visitas al consultorio del médico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios en la oficina de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de paciente ambulatorio de hospital, u otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de oído y equilibrio llevados a cabo por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, como: atención inicial o de seguimiento, diagnóstico o tratamiento. Muchos servicios están disponibles a través de la telemedicina en su totalidad o en parte, como la atención primaria, salud conductual, cardiología, neurología y otros servicios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o de telemedicina. Si opta por recibir uno de estos servicios a través de telemedicina, debe usar un 	<p>Dentro de la red:</p> <p><u>Visitas al consultorio</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita al consultorio de su proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada visita al proveedor especialista.</p> <p><u>Cirugía en el consultorio del médico</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada cirugía cubierta por Medicare cuando se realiza en el consultorio de su proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por cada cirugía cubierta de Medicare cuando se realiza en</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telemedicina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telemedicina, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional médico para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o un centro de diálisis renal hospitalario de acceso crítico, un establecimiento de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para miembros con trastorno por abuso de drogas o trastornos de enfermedad mental derivados, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para diagnóstico, evaluación o tratamiento de los trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de Salud Rurales y los Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 o 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una visita en el consultorio de los últimos 7 días y ○ El control no necesita una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o en el momento en el que haya una cita disponible • Evaluación del video y las imágenes que le envía al médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en las siguientes 24 horas si: 	<p>el consultorio de un especialista.</p> <p><u>Servicios de telemedicina</u></p> <p>Usted paga la misma cantidad por los servicios de telemedicina que por una visita en persona a su proveedor.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada visita de telemedicina con su proveedor de atención médica primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de telemedicina ofrecidos por un proveedor especialista.</p> <p><u>Servicios dentales cubiertos por Medicare</u></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por atención dental cubierta por Medicare que no sea de rutina.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por visitas al consultorio, cirugía en el consultorio cubierta por Medicare y atención dental que no sea de rutina cubierta por Medicare.</p> <p>Los servicios de telesalud no están cubiertos cuando los realizan proveedores fuera de la red.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio de los últimos 7 días y ○ La evaluación no necesita una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o en el momento en el que haya una cita disponible ● Consultas que su médico le hace a otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico ● Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía ● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparar fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) <p>*Se requiere autorización previa para servicios dentales cubiertos por Medicare. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). ● Atención de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores <p>Atención de rutina de los pies</p> <p>6 visitas por año calendario para servicios de atención de podología de rutina, como corte de uñas, por cualquier motivo o condición médica no cubierta por Original Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por visitas al consultorio del podiatra cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por visita por hasta 6 visitas de servicio de podología cada año calendario.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	Usted paga 40% de coseguro por visita por hasta 6 visitas de servicio de podología cada año calendario.
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una prueba de PSA anual.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una prueba de PSA anual.</p>
<p>Aparatos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Los aparatos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, los marcapasos, los collarines, los zapatos ortopédicos, las extremidades artificiales y las prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de dichos aparatos. También incluye alguna cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas, consulte Atención para la visión más adelante en esta sección para mayores detalles.</p> <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 más arriba para obtener una lista de servicios que requieren autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 50% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa y una orden para recibir rehabilitación pulmonar de</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>un médico que esté tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección y orientación para reducir el consumo inapropiado de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol.</p> <p>Si usted da positivo por uso indebido del alcohol, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación personal por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación) proporcionadas por un médico calificado de atención primaria o practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de detección y orientación cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo de detección y orientación cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> El examen para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas que tienen entre 50 y 77 años de edad que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes al año y que fuman en la actualidad o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una visita de toma de decisión compartida y orientación para la detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y la realizará un médico u otro profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón por LDCT después de la detección inicial por LDCT: los miembros deben recibir una orden por escrito para detección de cáncer de pulmón por LDCT, la cual puede</i></p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la visita de orientación y de toma de decisiones compartidas o por la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la visita de orientación y de toma de decisiones compartidas o por la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige ofrecerle una visita de orientación sobre la prueba de detección del cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenir dichas enfermedades</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ITS cuando las pruebas las ordena un proveedor de atención médica primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos cada año hasta un máximo de dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad en persona, de 20 a 30 minutos de duración, para los adultos activos que tienen mayor riesgo de contraer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención médica primaria y se imparten en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de detección de ITS y la orientación para prevenir las ITS.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de los exámenes de detección de ITS y la orientación para prevenir las ITS.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación para la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiere su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios de capacitación y educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare en un centro de diálisis.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por diálisis renal cubierta por</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente no se pueda acceder a él)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo internan en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquiera que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para que vigilen su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para inspeccionar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio de Medicare Parte B. Para obtener información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte B, por favor consulte la sección, Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Medicare en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por suministros y equipos de diálisis domiciliaria cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por medicamentos de diálisis cubiertos por la Parte B de Medicare.</p> <p>Para los servicios de diálisis renal para pacientes internados, aplican los mismos copagos que para la “atención hospitalaria para pacientes internados” anteriormente indicados en esta tabla de beneficios.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 20% de coseguro por educación y capacitación sobre enfermedades renales cubiertas por Medicare, diálisis renal en un centro de diálisis, diálisis renal en un centro para pacientes ambulatorios, equipos y suministros de diálisis en el hogar, servicios de apoyo en el hogar, y medicamentos de diálisis de la Parte B.</p> <p>Para los servicios de diálisis renal para pacientes internados, aplican los mismos copagos que para la “atención</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	hospitalaria para pacientes internados” anteriormente indicados en esta tabla de beneficios.
<p>Atención en centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés)*</p> <p>(Para ver la definición de atención en centro especializado de enfermería, consulte el Capítulo 10 de este documento. Los centros especializados de enfermería a veces se llaman SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios especializados de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de manera natural, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre: incluida la conservación y la administración. La cobertura de la sangre completa, los glóbulos rojos empaquetados y otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente provistos por los servicios especializados de enfermería (SNF) • Pruebas de laboratorio generalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos generalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas generalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/profesionales <p>Generalmente, recibirá su atención de SNF de clínicas de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones indicadas a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido de la red en un centro que no es proveedor de la red, si el centro acepta nuestras cantidades del plan como pago.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga el siguiente copago por cada período de beneficios en un centro especializado de enfermería cubierto por Medicare (consulte la definición de período de beneficios en el Capítulo 12 de este manual):</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$203 por día por los días 21 a 55.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día por los días 56 a 100.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por la atención en un centro especializado de enfermería cubierta por Medicare en cada Período de beneficios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro especializado de enfermería). • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja en el momento en que usted deja el hospital <p>*Se requiere autorización previa para determinados servicios en esta categoría. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	
<p> Programa para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicinas que pueden verse afectadas por el tabaco: Cubrimos servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con orientación en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)*</p> <p>La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD).</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de entrenamiento con 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita de SET cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Realizarse por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera o enfermera clínica especializada, que debe recibir capacitación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>Se pueden cubrir más de 36 sesiones SET durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p> <p>*Se requiere autorización previa. Los proveedores de la red son responsables de obtener autorización previa para los servicios dentro de la red. Usted es responsable de obtener la autorización previa para este servicio fuera de la red.</p>	
<p>Servicios de transporte (que no son de emergencia)</p> <p>Los servicios de transporte que no son de emergencia están cubiertos para las ubicaciones aprobadas en el plan, incluidas las oficinas de proveedores locales y clínicas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Este beneficio incluye hasta 24 viajes de ida.</p> <p>Para obtener más información o para programar una cita, comuníquese con LifeTrans al 1-833-793-0885 o visite www.LifeTrans.org. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</p> <p>Se recomienda a los miembros que llamen con 48 horas o dos días hábiles de anticipación cuando programen un viaje.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de transporte que no sean de emergencia.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>No hay cobertura para servicios de transporte que no sean de emergencia cuando LifeTrans no los administra.</p>
<p>Servicios necesarios con urgencia</p> <p>Los servicios necesarios con urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica no urgente e imprevista que requiere atención médica inmediata pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Los ejemplos de servicios necesarios con urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se dan si: Se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos por una afección imprevista pero no se trata de una urgencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura para atención de urgencia en todo el mundo.</p>	<p>No hay copago adicional para análisis de laboratorio y/o radiografías realizadas durante una visita de cuidados de urgencia.</p> <p>El copago por cuidados de urgencia se exime si es referido al Departamento de Emergencias o internado en el hospital en las 24 horas siguientes por la misma condición médica. Si usted es remitido al Departamento de Emergencia o admitido como paciente usted internado pagará, en su lugar, los Servicios de Emergencia o copago como paciente internado.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p>
<p> Atención para la visión</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular senil. Original Medicare no cubre los exámenes de rutina del ojo (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección del glaucoma cada año. Las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años de edad o más e hispanos americanos de 65 años de edad o más. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares que no sean de rutina cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes oculares de rutina con un proveedor de EyeMed.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por refracciones con un proveedor de EyeMed.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de glaucoma</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes, se cubre una prueba de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (Si le realizan dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Para los miembros con un diagnóstico de queratocono, cubrimos los lentes de contacto para corregir la visión. <p>Nota: Para los servicios médicos cubiertos (servicios relacionados con el tratamiento o el control de una condición médica existente) tendrá que utilizar un proveedor de la red de Select Health Medicare (para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor en la red de Select Health, consulte el capítulo 3, sección 2.2, <i>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen ocular de rutina • Determinación de la refracción (prueba para determinar la graduación del hardware de la visión que requiera) <p>Nota: Para los exámenes oculares de rutina y las refracciones, deberá recurrir a un proveedor de la red EyeMed Access (para obtener información sobre cómo encontrar un proveedor de EyeMed, consulte el Capítulo 3, Sección 2.2, <i>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</i>).</p>	<p>cubiertos por Medicare una vez al año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de detección de la retinopatía diabética cubiertos por Medicare, una vez al año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de someterse a una cirugía de cataratas hasta la cantidad autorizada por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto para miembros con queratocono.</p> <p>Si la refracción, la prueba de detección de glaucoma o retinopatía se realizan durante un examen ocular, usted seguirá siendo responsable del copago del examen ocular.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los exámenes oculares de rutina cubiertos por Medicare.</p> <p>El plan reembolsará un copago de hasta \$35 por exámenes oculares y refracciones de rutina.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare una vez al año.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por los exámenes de detección de la retinopatía diabética</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
	<p>cubierta por Medicare, una vez al año.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas hasta la cantidad autorizada por Medicare.</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por lentes de contacto para miembros con queratocono.</p> <p>Si la refracción, la prueba de detección de glaucoma o retinopatía se realizan durante un examen ocular, usted seguirá siendo responsable del copago del examen ocular.</p>
<p>Hardware de la visión</p> <p>Este beneficio es administrado por EyeMed Vision Care®. Los servicios se pagan en el momento de brindarse cuando utiliza proveedores que están en la red de EyeMed Access, como LensCrafters®, Target Optical® y la mayoría de los locales de Pearl Vision®. (Para obtener información sobre cómo encontrar un minorista de EyeMed, consulte el capítulo 3, sección 2.2).</p> <p>Si recurre a comercios fuera de la red para adquirir sus hardware de la visión, podrá solicitar el reembolso hasta la cantidad permitida.</p> <p>Este beneficio tiene una cantidad permitida para cualquier marco, lentes y opciones de lentes disponibles en la ubicación del proveedor o lentes de contacto (convencionales o desechables) una vez al año, ya sea en un proveedor de la red o en un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Tiene derecho a una asignación de \$200 al año por hardware de la visión.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>El plan reembolsará hasta \$200 en concepto de hardware de la visión.</p> <p>Nota: El hardware de la visión no están incluidos en los gastos de bolsillo máximos anuales.</p>
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una única visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo determinadas</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios que cubrimos para usted	Cuánto debe pagar cuando reciba estos servicios
<p>pruebas de detección y vacunas), y referidos para otra atención, si fuera necesario.</p> <p>Importante: Nosotros cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desearía programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

Esta sección detalla qué tipos de servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos bajo este plan.

La tabla a continuación describe ciertos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que se cubren bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si usted recibe servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y tras la apelación se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Acupuntura		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Medias de compresión		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los siguientes no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debajo de la rodilla, presión 18-30 • Hasta el muslo • Toda la pierna • Hasta la cintura

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
		<ul style="list-style-type: none"> • Ligero (Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio sin receta médica)
Cirugía o procedimientos cosméticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre si son necesarios por lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, así como también para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado supervisado</p> <p>Los cuidados supervisados son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidados que lo ayudan con las actividades diarias, como asearse o vestirse.</p>	No cubiertos en ningún caso	
<p>Las renovaciones de dispositivos y servicios que no sean médicamente necesarios no están cubiertas por el plan. Usted es responsable de pagar la diferencia entre el modelo básico cubierto y el dispositivo o servicio actualizado.</p>	No cubiertos en ningún caso	
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden estar cubiertos por Original Medicare o bajo un

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ningún caso	
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo	No cubiertos en ningún caso	
Comidas entregadas a domicilio		✓ Cobertura de hasta 14 días de comidas previamente autorizadas para los afiliados que reúnan los requisitos después de haber sido dados de alta de un hospital de cuidados agudos o de un centro especializado de enfermería.
Los servicios de amas de casa incluyen asistencia con las tareas básicas de la casa, incluida la limpieza ligera o preparación de comidas ligeras.		✓ El servicio Papa Companionship puede ofrecer algunos de estos servicios.
Suministros para la incontinencia		✓ Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio sin receta médica
Servicios de medicina natural (que utilizan tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ningún caso	
Atención dental que no es de rutina		✓

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión podría estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o aparatos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo del mismo. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad de los pies debida a la diabetes.
Artículos personales en su habitación del hospital o un centro especializado de enfermería, como un teléfono o un televisor.	No cubiertos en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo se cubre cuando se considere necesario por razones médicas.
Compra o alquiler de equipo o suministros de oximetría de pulso para uso en el hogar.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Estos suministros pueden estar disponibles conforme al beneficio de venta sin receta médica</p>
Reversión de un procedimiento de esterilización y suministros de anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ningún caso	
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda en caso de poca visión.	No cubiertos en ningún caso	
Servicios considerados como no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ningún caso	
Procedimientos en venas		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los procedimientos en venas sólo se cubren cuando se realizan en una clínica o centro especializado en venas acreditado.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

Exclusiones y limitaciones para Paramount Dental**Servicios no cubiertos**

A menos que lo prohíba la ley federal, usted será responsable el monto presentado al dentista por los servicios no cubiertos por su plan. Los servicios que reciba de dentistas que no pertenezcan a la red de Paramount Dental Medicare también se consideran beneficios no cubiertos.

Exclusiones generales

- El certificado emitido está sujeto a las siguientes exclusiones generales:
- Esta póliza no pagará por servicios dentales que no estén enumerados en la lista de beneficios incluidos con este certificado.
- Esta póliza no pagará reclamaciones por odontología cosmética por motivos estéticos.
- Esta póliza no pagará las reclamaciones por servicios odontológicos prestados antes de la fecha de vigencia o después de que finalice la cobertura.
- Esta póliza no pagará reclamaciones por servicios dentales cubiertos por seguros no dental.
- Esta política no pagará ninguna reclamación por gastos hechos por hospitales, medicamentos con receta o medicamentos/soluciones.
- Esta póliza no pagará las reclamaciones por servicios realizados principalmente para reconstruir la oclusión o reconstrucción completa de la boca.
- Esta póliza no pagará las reclamaciones de los miembros hasta que recibamos los pagos contratados correspondientes para las primas.
- Esta póliza no pagará reclamaciones por servicios que no se hayan completado.
- Esta póliza no pagará duplicados, prótesis perdidas o robadas, aparatos y/o imágenes radiográficas.
- Esta póliza no pagará las reclamaciones recibidas un año después de la fecha del servicio.
- El control de infecciones/esterilización no se considera un procedimiento o servicio facturable por separado y no se puede facturar a un miembro ni a Paramount Dental.

Limitaciones y restricciones

Algunos servicios están limitados por la edad del paciente, la frecuencia con la que puede realizarse el servicio o dientes específicos. Todos los intervalos de tiempo (limitaciones de frecuencia) requeridos por la cobertura son independientes del año calendario o año del plan. Las limitaciones de frecuencia con respecto a la frecuencia con la que se pueden realizar los servicios son continuas. El cambio de cobertura del plan dental, la terminación y el restablecimiento de la cobertura no eliminan las limitaciones de frecuencia.

Todos los servicios cubiertos se considerarán en relación con el procedimiento más global o completo y, como tales, se podrán denegar o rechazar los cargos por separado de los componentes del procedimiento. Esto incluye, entre otros, cargos separados por el uso de anestésicos locales, agentes adhesivos, bases, recubrimientos pulpares, grabadores, etc.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

D0120	Evaluaciones: no es elegible para más de dos evaluaciones, de cualquier combinación de códigos de procedimiento, dentro de un período de un año calendario.
D0140	Evaluación oral limitada a un problema o queja específica de salud oral. El uso de este código de procedimiento también es apropiado en emergencias dentales, traumatismos, infecciones agudas, etc. Evaluaciones: sólo se pagarán dos evaluaciones, de cualquier combinación de códigos de procedimiento, dentro de un año calendario. Esta evaluación no duplica ni agrega evaluaciones preventivas cubiertas en un beneficio dental preventivo integrado.
D0150	Elegible sólo una vez cada 4 años. D0180 se aplica a mayores de 14 años. Se rechazarán los cargos si se realiza junto con el D4355. Evaluaciones: no es elegible para más de dos evaluaciones, de cualquier combinación de códigos de procedimiento, dentro de un período de un año calendario.
D0180	La evaluación periodontal integral se paga sólo una vez cada 4 años. Evaluaciones: sólo se pagarán dos evaluaciones, de cualquier combinación de códigos de procedimiento, dentro de un año calendario. Esta evaluación no duplica ni agrega evaluaciones preventivas cubiertas en un beneficio dental preventivo integrado.
D0210	Una serie completa de imágenes radiográficas incluye aletas de mordida. Sólo se paga una vez cada 3 años. No se paga si se realiza en los 3 años siguientes a D0330, D0701 o D0709. Si el D0210 se realiza en los 12 meses siguientes a los D0270, D0272, D0273, D0274, D0708, el monto permitido para D0210 se reducirá por los cargos de D0270, D0272, D0273, D0274, D0708. No elegible si se realiza en los 12 meses siguientes al D0277.
D0220, D0230	Las radiografías periapicales se pagan por un máximo de 3 durante un período de 12 meses. El monto máximo considerado para todas las radiografías tomadas en un día será equivalente a una prestación de un D0210. Es posible que la diferencia no se facture al miembro.
D0270, D0272, D0273, D0274	Las radiografías "Aleta de mordida" están limitadas a un máximo de 4 cada año calendario. El monto máximo considerado para todas las radiografías tomadas en un día será equivalente a una prestación de un D0210. Es posible que la diferencia no se facture al miembro. No elegible si se realiza en los 12 meses siguientes al D0210. (Junto con el plan complementario).
D0330	La radiografía panorámica se paga sólo una vez cada 3 años. No se paga si se realiza en los 3 años siguientes a D0210, D0701 o D0709. El

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

	<p>monto máximo considerado para todas las radiografías tomadas en un día será equivalente a una prestación de un D0210. Es posible que la diferencia no se facture al miembro.</p>
D1110, D1120	<p>No es elegible para más de dos de estos códigos de procedimiento dentro de un año calendario. El código D1120 debe utilizarse para niños menores de 14 años. No está permitido si se realiza en la misma fecha de servicio que D4341/D4342.</p>
D1206	<p>No es elegible para más de dos de estos códigos de procedimiento dentro de un año calendario hasta los 14 años de edad.</p>
D1208	<p>No es elegible para más de dos de estos códigos de procedimiento dentro de un período de un año calendario hasta los 19 años de edad.</p>
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394	<p>La sustitución de un empaste o una restauración adicional en la misma superficie se paga una vez cada 2 años. No es elegible si se realiza dentro de los 3 años posteriores a la colocación de una corona en el mismo diente o de un sellador en la misma superficie dentro de los 3 años. Si se realizan dos o más restauraciones en el mismo diente, en la misma fecha de servicio, sólo se tendrá en cuenta el número total de superficies únicas.</p>
D2740, D2750, D2752	<p>No es elegible para un reemplazo por ningún tipo de inlay, onlay o corona durante 5 años. No es elegible el cobro de una corona tras la colocación de una restauración durante un periodo de 3 años (puede aplicarse un ajuste de cortesía). Las coronas, que no sean coronas de acero prefabricadas, no son elegibles para los dientes primarios. Las incrustaciones de composite/resina deben procesarse en laboratorio.</p>
D2920, D6092	<p>Pagadero una vez cada 12 meses. No es elegible para recibir pago por la cementación de una corona dentro de los 12 meses posteriores a la cementación original.</p>
D2950	<p>No elegible dentro de los 3 años posteriores a la restauración y/o reemplazo dentro de los 7 años en el mismo diente. La cobertura de reconstrucciones de muñones requiere la presentación de una imagen radiográfica preoperatoria o foto intraoral duplicada, aceptable desde el punto de vista diagnóstico, que corrobore uno de los tres criterios siguientes: 1) falta más del 50% de la corona del diente debido a fractura o caries; 2) quedan menos de 3 mm de estructura dental sana alrededor de la línea de la encía; 3) se ha completado una obturación anterior del conducto radicular, excepto si permanece en el diente una corona anterior a través de la cual se realiza el acceso. Se rechazarán los cargos que no cumplan con los criterios establecidos.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Los servicios de terapia de endodoncia están codificados por el diente que recibe el tratamiento, no por la cantidad de canales por diente. La terapia de endodoncia no es elegible para el retratamiento en los 4 años siguientes a la fecha del tratamiento original. Se considerará una sola periapical y no se permitirán cargos por radiografías adicionales.
D3410, D3421, D3425, D3426	Elegible una vez en la vida.
D4270, D4273, D4277, D4278	Se pagan dos injertos de tejido blando de cualquier tipo una vez por cuadrante cada 5 años. Los dientes #24-25 se consideran un solo sitio. Pagadero sólo una vez por área tratada por un período de 5 años.
D4341, D4342	Un raspado y alisado radicular (4 o más dientes periodontales activos enfermos y calificados) se paga una vez en cualquier período de 3 años por cuadrante. No será pagadero si se realiza en los 6 meses siguientes o en la misma fecha de servicio que una profilaxis. El inscrito debe presentar enfermedad periodontal que muestre pérdida de inserción clínica y pérdida ósea. No se pagará en dientes de leche. Este procedimiento requiere la presentación de un gráfico de sonda de toda la boca con seis puntos por diente y radiografías de diagnóstico de toda la boca y/o aletas de mordida verticales. Sólo se consideran dos cuadrantes en la misma fecha de servicio, se rechazarán los cuadrantes adicionales. No se admitirán cargos separados por anestesia local. Se rechazarán los cargos que no cumplan con los criterios establecidos. Se recomienda realizar una estimación previa al tratamiento para determinar la cobertura.
D4355	Es elegible sólo para inscritos mayores de 15 años. Para ser elegible, el procedimiento debe realizarse antes y no en la misma fecha de servicio que D1110, D4341, D4342, D4346 o D4910 o que hayan transcurrido más de 3 años desde que se realizaron D1110, D4341, D4342, D4346, D4355 o D4910.
D4910	No es elegible si se realizó dentro de los 6 meses siguientes o en la misma fecha de servicio que D1110, D1120, D4341/D4342 si se trataron cuatro cuadrantes, D4346 o D4355. No es elegible para más de dos de estos códigos de procedimiento dentro de un año calendario. Es elegible sólo para inscritos mayores de 15 años.
D5110, D5120	Las dentaduras postizas se pagan una vez cada 7 años. Los cargos por una dentadura postiza parcial removible convencional o una dentadura postiza completa (D5110, D5120, D5130, D5140, D5211, D5213, D5214) están sujetos a un ajuste si se realizan dentro de los 5 años siguientes a cualquier reparación, rebasado, rebase (D5510 a D5761).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

D5130, D5140	Una dentadura postiza inmediata no se puede utilizar para reemplazar una dentadura postiza completa. Otras restricciones son las mismas que en D5110 y D5120.
D5213, D5214, D5225, D5226	Elegibles cada 7 años y están sujetas a las mismas condiciones y restricciones enumeradas para D5110 & D5120. No se permiten cargos separados por yesos de diagnóstico (D0470). Los dientes sustituidos por el aparato deben identificarse en el formulario de reclamación.
D5511, D5512, D5611, D5612, D5640, D5650, D5660	Las reparaciones de dentaduras postizas se pagan únicamente si el procedimiento se realiza 6 meses después de la fecha de entrega del aparato. A partir de entonces, se pagará una vez por código de procedimiento cada 6 meses.
D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761	No elegible dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de entrega del aparato, excepto cuando se realiza una dentadura postiza parcial inmediata. Elegible para cualquiera de estos procedimientos sólo una vez cada 4 años por prótesis.
D5750, D5751, D5760, D5761	Los rebases de dentaduras postizas sólo se pagan si el procedimiento se realiza 6 meses después de la fecha de entrega del aparato, excepto cuando se realiza una dentadura postiza/parcial inmediata. A partir de entonces, sólo se pagará una vez cada 4 años por prótesis.
D6010, D6056, D6057	La colocación quirúrgica del cuerpo del implante y los pilares se paga una vez cada 7 años por sitio dental.
D6058, D6059, D6061, D6065, D6066, D6068, D6069, D6071, D6075, D6076, D6083, D6099	Los cargos están sujetos a las mismas definiciones y restricciones enumeradas para D2710 a D2794 y D6210 a D6974. Todos los servicios soportados por implantes están sujetos a un ajuste si se realizan dentro de los 5 años posteriores a una dentadura postiza parcial provisional en el mismo arco.
D6240, D6242, D6245, D6740, D6750, D6752	Los pónicos y las coronas de retención se pagan una vez cada 7 años. Cada unidad de una dentadura postiza parcial fija debe identificarse en la reclamación. Todos los servicios de prótesis fija están sujetos a un ajuste si se realizan dentro de los 5 años posteriores a una dentadura postiza parcial provisional en el mismo arco. No es elegible para pónicos para reemplazar terceros molares. No es elegible para la sustitución de una dentadura postiza parcial removible por una dentadura postiza parcial fija dentro de los 7 años siguientes a la colocación original.
D7210, D7250	Extracciones quirúrgicas: se utilizan cuando es necesario (1) retirar hueso y/o (2) seccionar el diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado. Los costos de extracción quirúrgica

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)

	incluyen la alveoloplastia. Los dientes 7- 10 y 23-26 requieren la presentación de una radiografía periapical y/o panorámica preoperatoria duplicada, con diagnóstico aceptable, con la presentación de la reclamación para que se considere para el pago. Se rechazarán los cargos que no cumplan con los criterios establecidos.
D7286	Se rechazarán los cargos realizados junto con D3410, D3421, D3425, D3426 o D3427.
D7310, D7311	Los cargos de alveoloplastia están sujetos a revisión si se realizan junto con D7210. Los cargos que no cumplan las normas de atención generalmente aceptadas serán rechazados.
D9110	No es elegible para más de dos tratamientos paliativos (de emergencia) por período de 12 meses. Se rechazarán los cargos presentados junto con un tratamiento definitivo.
D9222, D9223, D9239, D9243	Limitado a un total de 30 minutos por fecha de servicio.
D9230	Elegible una vez por fecha de servicio.

CAPÍTULO 5:

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

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

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

A veces, cuando recibe atención médica, puede que deba pagar el costo completo. Otras veces, puede que vea que ha pagado más de lo esperado bajo las reglas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero se llama frecuentemente *reembolsarle*). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de su parte del costo de servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por un monto superior a su parte de los costos compartidos, como se indica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Cuando recibe atención de un proveedor que no es parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su parte del costo, no todo el costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Usted sólo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de servicios necesarios con urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si por accidente paga la cantidad completa usted mismo cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía pagar usted y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. A excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre le envían las facturas al plan directamente, y le piden a usted solamente su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de su porción.

- Sólo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina *facturación de saldo*. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de la factura.
- Si le ha pagado ya una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya hecho y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que haya pagado y la cantidad que debía bajo el plan.

3. Si se ha inscrito en nuestro plan retroactivamente.

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año pasado).

Si se le ha inscrito en nuestro plan retroactivamente y ha pagado de su bolsillo por servicios cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, tales como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

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

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

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos dinero o que paguemos una factura que ha recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de los pagos que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 12 meses** de la fecha en que recibió el servicio o artículo. Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (<http://www.selecthealth.org/medicare>) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

Select Health Medicare
Atención: Medical Claims
PO Box 30196
Salt Lake City, UT 84130

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos pagar el servicio y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. Si no, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio, le enviaremos su reembolso de nuestra parte del costo. Si no ha pagado el servicio todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* ha seguido todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explique las razones por las cuales no le vamos a enviar el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que vamos a pagar, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 7 de este documento

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle la información de una manera que le resulte útil y que sea coherente con sus sensibilidades culturales
--

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de un modo que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted sólo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Select Health Medicare NoRx. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Para recibir información nuestra de una manera que le funcione a usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personas y servicios de interpretación de idiomas gratuitos para contestar preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos darle información otros formatos alternativos, si lo necesita. Estamos obligados a ofrecerle información de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información de

parte nuestra de una manera que le funcione a usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual) o llame al Coordinador de SelecHealth 504/Derechos Civiles al 1-844-208-9012.

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan en un formato que sea accesible o apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Select Health Medicare NoRx al 1-844-208-9012. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con el servicio de atención al cliente de Select Health Medicare para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Usted tiene el derecho a elegir un proveedor para su atención.

Usted tiene el derecho a elegir un proveedor de la red del plan.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7, Sección 9 de este documento le dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historiales médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo requieren estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan así como sus historiales médicos y otros tipos de información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información médica. Le damos un aviso escrito llamado un *Aviso de práctica de privacidad* que le habla de estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus historiales.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le proporcione ni pague su atención, *estamos*

obligados a obtener primero un consentimiento por escrito suyo o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre.

- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere que demos a Medicare su información médica. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus historiales médicos en poder del plan y a obtener una copia de estos. Se nos permite que le cobremos una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus historiales médicos. Si nos pide que hagamos esto, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revíselo cuidadosamente.

Comprendemos la importancia y la confidencialidad de su información de salud personal, y aplicamos medidas de seguridad para protegerla. El acceso a su información se limita a aquellos que la necesitan para realizar determinadas tareas. Restringimos el acceso a áreas de trabajo y utilizamos archivadores cerrados bajo llave y sistemas de computadoras protegidos por contraseñas. Cumplimos con todas las leyes federales y estatales que regulan el uso de su información de salud. Usamos su información de salud por escrito, en forma oral o en otros formatos (y permitimos que otros la usen) solo según lo permitan las leyes federales y estatales. Estas leyes le otorgan ciertos derechos con relación a su información de salud.

Participamos en acuerdos de atención médica organizados (organized healthcare arrangements, OHCA) con otras instituciones que incluyen, entre otras, entidades de Intermountain Healthcare, el Plan de Beneficios de Salud y de Vida de Intermountain (The Intermountain Life and Health Benefit Plan) y el Grupo Médico de la Universidad de Utah (University of Utah Medical Group) (con respecto a determinados servicios de especialidad pediátrica definidos). Estos miembros de

OHCA comparten la información para tratamiento, operaciones de atención médica y pago, para mejorar, administrar y coordinar su atención.

Para obtener más información acerca de las actividades y ver la lista actual de todos los miembros de OHCA, visite selecthealth.org/plans/individual/services/Pages/ohca.aspx.

Derechos de su información de salud

Usted puede:

- Revisar y obtener una copia impresa de su póliza o registros de reclamaciones según lo permita la ley, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud (también puede solicitarnos que le proporcionemos una copia en formato electrónico, y lo haremos si la podemos generar fácilmente).
- Solicitar y que se le proporcione una copia impresa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad actual o recibir una copia electrónica por correo electrónico si usted está de acuerdo con recibir una copia electrónica.
- Solicitarnos que lo contactemos en un domicilio o número de teléfono específicos si contactarlo en su domicilio o número de teléfono actual lo puede poner en peligro.
- Solicitar y recibir un informe, según lo especifique la ley, de ciertas situaciones cuando se compartió su información sin su consentimiento.
- Recibir un aviso si Select Health o uno de sus socios comerciales causan una violación a su información sin garantía.
- Reportar una inquietud de privacidad y estar seguro de que nosotros investigaremos cuidadosamente su inquietud, apoyándolo de manera adecuada y sin tomar represalias contra usted de ninguna manera (de hecho, Select Health le proporcionará información de cómo reportar alguna inquietud de privacidad al Coordinador de privacidad de Select Health, la Oficina de privacidad de Intermountain Corporate o la Oficina de Derechos Civiles, el Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU.).
- Solicitar por escrito otras restricciones sobre el uso de su información de salud o enmiendas a su información de salud si considera que está incorrecta, aunque es posible que no siempre podamos otorgar esas solicitudes.

Cómo se usa su información de salud

Usos comunes de la información de salud.

Ya que proporcionamos beneficios de seguro médico, recopilaremos parte su información de salud. La ley nos permite usar o compartir esta información de salud para los propósitos que se detallan a continuación.

- Para recibir el pago de las primas por cobertura médica y para determinar y cumplir nuestra responsabilidad de proporcionarle beneficios. Por ejemplo, para realizar

determinaciones de cobertura, administrar reclamaciones y coordinar beneficios con otras coberturas que usted pueda tener.

- Para mejorar el sistema global de Intermountain, así como para ayudar a manejar mejor su atención. Por ejemplo, Intermountain tiene programas para administrar el tratamiento de condiciones crónicas, como la diabetes o el asma y, como parte de estos programas, compartimos información con los proveedores afiliados y con Intermountain Healthcare para posibilitar la coordinación mejorada de la atención que pueda recibir para estas condiciones médicas.
- Para apoyar a los proveedores de atención médica al proporcionar tratamiento.
- Para compartir, en circunstancias limitadas, información de salud con su patrocinador del plan. Sin embargo, Select Health sólo lo hará si el patrocinador del plan solicita específicamente información de salud para la administración de su plan de salud y acepta por escrito que no utilizará su información de salud para tomar decisiones o realizar acciones relacionadas con el empleo.
- Para identificar los servicios relacionados con la salud que pueden ser de beneficio para su salud y, después, comunicarnos con usted para informarle sobre estos servicios.
- Para solicitarle su apoyo para mejorar la atención médica al contribuir en una de las fundaciones benéficas de Intermountain. (Si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito u otras comunicaciones para recaudar fondos, llame a la Oficina de Privacidad de Intermountain al **800-442-4845** para hacérselo saber. Los usuarios TTY deben llamar al **711**).
- Para mejorar los servicios que le ofrecemos permitiendo a compañías que contratamos, llamadas “socios comerciales”, que realicen algún trabajo especializado para nosotros. La ley exige que estos socios comerciales protejan su información de salud y se rijan por las mismas políticas de privacidad que nosotros.
- Para realizar un tipo específico y muy limitado de investigación relacionada con la salud, en la que el investigador mantiene cualquier información que pueda identificar al paciente de manera segura y confidencial. Intermountain revisa cada solicitud de investigación para asegurarse de que su privacidad esté protegida adecuadamente antes de compartir cualquier información de salud.
- Para el cumplimiento de la ley, pero sólo según lo autorice la ley; es decir, para investigar un crimen contra Select Health o cualquiera de sus miembros.

Usos requeridos de la información de salud

La ley algunas veces nos exige que compartamos información para propósitos específicos, incluyendo los que se detallan a continuación:

- Para que el Departamento de Salud informe de enfermedades contagiosas, lesiones traumáticas o defectos de nacimiento, o estadísticas vitales, como el nacimiento de un bebé.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Para un director de funeraria o una agencia de donación de órganos cuando muere un paciente o; cuando procede, para que un médico forense investigue una muerte sospechosa.
- Para que las autoridades estatales denuncien el abuso infantil o de personas mayores.
- Para el cumplimiento de la ley.
- Para una institución correccional, si un miembro es un preso, para garantizar la seguridad de la institución correccional.
- Para que el Servicio Secreto o la Agencia de Seguridad Nacional (NSA) brinden protección; por ejemplo, al país o al Presidente.
- Para un fabricante de dispositivos médicos, según lo exige la FDA, para supervisar la seguridad de un dispositivo médico.
- Para los funcionarios de los tribunales, según lo exige la ley, en respuesta a una orden del tribunal o una citación válida.
- Para que las autoridades gubernamentales prevengan graves amenazas a la seguridad o salud pública.
- Para que las agencias gubernamentales y otras partes afectadas denuncien una violación a la privacidad de la información de salud.
- Para un programa de compensación al trabajador si una persona se lesiona en el trabajo y reclama los beneficios bajo ese programa.

Usos de acuerdo con sus solicitudes

Sus preferencias importan. Si nos indica cómo desea que divulguemos su información en la situación siguiente, seguiremos sus instrucciones. Usted decide si quiere que compartamos alguna información de salud o de pago relacionado con su atención con los miembros de su familia o amigos. Indíquenos lo que usted quiere que compartamos. Si no nos puede indicar qué información de salud o de pago quiere que compartamos, podemos utilizar nuestro criterio profesional para decidir qué compartir con su familia o amigos para que puedan ayudarle.

Usos con su autorización

Compartir su información de salud, de manera diferente a la que se explicó anteriormente, necesita su autorización por escrito. Por ejemplo, no utilizaremos su información de salud a menos que usted nos lo autorice por escrito para:

- Compartir algo de su información de salud con compañías de mercadeo.
- Vender alguna parte de su información de salud.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento acerca de compartir su información de salud. Únicamente notifíquenos por escrito. Comprenda que es posible que no recuperemos la información de salud que se compartió antes de que usted cambiara de opinión.

Protecciones legales especiales para cierta información de salud

Select Health cumple con las leyes federales que exigen la protección adicional para su información de salud si recibe tratamiento en un programa para el tratamiento de la adicción o de un psicoterapeuta que lleva notas de su terapia y las guarda fuera de nuestro historial médico regular.

A Select Health se le prohíbe usar o divulgar información genética para propósitos de suscripción.

Si aún tiene preguntas

Nuestro Coordinador de privacidad lo puede ayudar con cualquier pregunta que pueda tener acerca de la privacidad de su información de salud. Él también puede abordar cualquier inquietud de privacidad que pueda tener sobre su información de salud y le puede ayudar a completar algún formulario que sea necesario para ejercer sus derechos de privacidad.

Este aviso de privacidad entró en vigor el 26 de mayo de 2015. Podemos cambiar este aviso de privacidad en cualquier momento y podemos utilizar nuevas maneras para proteger su información de salud. Siempre publicamos nuestro aviso de privacidad actual en nuestro sitio web en selecthealth.org.

Puede solicitar una copia de este aviso al visitar nuestro sitio web o al llamar a la Oficina de Privacidad al **801-442-7253** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Este aviso de prácticas de privacidad describe las prácticas de Select Health y de nuestros empleados y voluntarios. (Para obtener más información acerca de las prácticas de privacidad específicas de Intermountain Healthcare y sus empleados o voluntarios que trabajan en sus hospitales, clínicas, consultorios médicos o departamentos de servicio, comuníquese directamente con ellos visitando su sitio web en intermountainhealthcare.org o llamando a la Oficina de privacidad de Intermountain al **800-442-4845** [Los usuarios de TTY deben llamar al **711**]).

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

Como miembro de *Select Health Medicare NoRx*, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información de nosotros acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y de la manera en que pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utilice su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito si un servicio médico no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a saber sus opciones de tratamiento y participar en decisiones acerca de su atención médica.

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

También tiene derecho a participar completamente en decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Estar enterado de todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición médica, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe de los riesgos que puedan incluirse en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rehusar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rehusar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye el derecho de irse de un hospital u otro tipo de clínica, aún si su médico aconseja que no se vaya. Como es natural, si rehúsa el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le ocurra a su cuerpo como resultado de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que debe hacerse si no puede tomar sus propias decisiones médicas

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

- Rellenar un formulario escrito para **darle a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas de su parte** si usted llega a perder la habilidad de tomar sus propias decisiones.

- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** acerca de la manera en que quiere que administren su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y tienen nombres distintos. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si quiere utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información acerca de Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios.
- **Rellénelo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de hacer que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe darle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe de antemano que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo ha traído.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar una.

Recuerde, usted es el que decide si quiere rellenar una directiva anticipada (incluyendo si quiere firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminar contra usted basándose en si ha firmado una directiva anticipada o no.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones indicadas, puede presentar una queja ante el *Departamento de Salud del Estado* o ante el *Departamento de Licencias Públicas*.

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

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento se indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja), **se nos requiere que lo tratemos de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que se le está tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si tiene que ver con la discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Tiene que ver con alguna otra cosa?

Si cree que se le ha tratado injustamente o que no se le han respetado los derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés).** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación llamada “Sus Derechos y Protecciones de Medicare” (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indican las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para informarse de lo que está cubierto para usted y de las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar los detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene algún otro tipo de cobertura de seguro médico además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos con receta por separado, se le requiere que nos lo diga.** En el capítulo 1, se informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Enseñe su tarjeta de miembro siempre que reciba atención médica.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo dándoles información, haciendo preguntas, y dando seguimiento a su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de servicios médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos estén enterados de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos para los que no se necesita receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Requerimos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitaremos saberlo** para que podamos mantener su registro de miembro al día y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda, también es importante que se lo diga al Seguro Social (o la Junta de retiro ferroviaria).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

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

Los dos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada uno de los procesos tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?
--

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conoce estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos jurídicos. Por ejemplo, por lo general, este capítulo dice presentar una queja en vez de tramitar un reclamo, decisión de cobertura en vez de determinación de organización y organización de revisión independiente en vez de *entidad de revisión independiente*.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse más claramente para obtener la ayuda o la información apropiadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para abordar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que quiera también ayuda o consejos de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para abordar un problema que tenga. También pueden contestar sus preguntas, darle mayor información y ofrecer consejos acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Para ponerse en contacto con Medicare:

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

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

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

¿Es su problema o inquietud acerca de sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si cierto tipo de atención médica (artículos, servicios médicos y/o medicamentos con receta de la Parte B) están cubiertos o no, la manera en que

se cubren y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y poner apelaciones: perspectiva general

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Este es el proceso que se utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la manera en que algo está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, este referido se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición médica. Usted o su médico pueden también ponerse en contacto con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si vamos a cubrir un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si vamos a cubrir una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En determinadas circunstancias, rechazaremos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que se

rechazarán las solicitudes son si la solicitud está incompleta, si alguien que hace la solicitud en su nombre no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se rechace su solicitud. Si rechazamos la solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que una atención médica no está cubierta o ha dejado de estar cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede *apelar* la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una *apelación rápida* o acelerada de una decisión de cobertura. Se ocupan de su apelación revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura tomada para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, rechazaremos una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que se rechazarán las solicitudes son si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos la solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación que explicará los motivos y cómo pedir una revisión del rechazo.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, realizado por una organización de revisión independiente ajena a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos de manera automática su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Vea la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o pone una apelación

Estos son algunos recursos que puede utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud de su parte.** Si su médico le ayuda en una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare).
 - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si rechazan su apelación en el Nivel 1, se pasará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en selecthealth.org/medicare). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea 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 o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el plazo de 44 días calendarios posteriores a recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión acerca de su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que le explica su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de una asociación local de abogados u otro servicio de referidos. También hay grupos que le darán servicios legales gratuitamente, si es elegible. Sin embargo, **no se le requiere que contrate un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

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

Hay tres tipos distintos de situaciones que tienen que ver con decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos distintos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos un estancia de hospital de paciente interno más larga si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos determinados servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Aplica a estos servicios solamente: atención médica a domicilio, atención en centro especializado de enfermería y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria [CORF, por sus siglas en inglés]*)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico.

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

Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección es sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga usted)* En algunos casos, se aplican diferentes reglas para una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para medicamentos con receta de la Parte B difieren de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No se le está dando cierta atención médica que quiere, y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico le quiere dar, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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

3. Ha recibido atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero hemos dicho que no vamos a pagar esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que el plan debería cubrir y quiere que nuestro plan le reembolse lo que pagó por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2	Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura
--------------------	--

Términos legales
<p>Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su atención médica, se llama una determinación de organización.</p> <p>Una <i>decisión de cobertura rápida</i> se llama una determinación acelerada.</p>

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida suele tomarse en 72 horas, para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Sólo puede solicitar la cobertura de artículos y/o atención médica (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar *podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, accederemos automáticamente a darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si es usted el que pide una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

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

- Explica que si su médico pide una decisión de cobertura rápida, otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una *queja rápida* acerca de nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que ha solicitado

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Lo primero es llamar, escribir o enviar un mensaje por fax a nuestro plan para hacer su solicitud de que autoricemos o proveamos cobertura para la atención médica que quiere. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una *reclamación rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso de presentar una queja es distinto del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un marco de tiempo acelerado

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo o si necesitamos más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si usted cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una *reclamación rápida*. (Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es que no a parte de, o todo lo que ha solicitado, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una queja. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

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

Términos legales

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

Una apelación rápida se llama también una **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar por lo habitual se toma en 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en 72 horas.

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

Paso 2: Solicite a nuestro plan una Apelación o una Apelación rápida

Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

- **Si está solicitando una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** posteriores a la fecha del aviso que le enviamos por escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Le podemos dar más tiempo para hacer una apelación. Los ejemplos de buenas

razones pueden incluir si ha tenido una enfermedad grave que evitó que se pusiera en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si habíamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes de eso si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que sí a una parte de o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos accedido a proveer dentro de las 72 horas siguientes a recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es que no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en 30 días calendario** después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7**

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

días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de eso si su condición médica así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que le pueda beneficiar, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas siguientes. (Para mayor información acerca del proceso de presentar quejas, incluyendo las quejas rápidas, consulte la Sección 9 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o a parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario siguientes si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** siguientes si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a toda su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se lleva a cabo una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la *organización de revisión independiente* es la **Entidad de revisión independiente**. Algunas veces se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información referente a su apelación a esta organización. Esta información se llama **archivo del caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Tiene derecho a darle a la organización de revisión independiente información adicional para apoyar su apelación.
- Los examinadores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la *apelación rápida*, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para una solicitud de un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Para la *apelación estándar*, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta en cuanto a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para una solicitud de un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que puede beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a toda su solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas siguientes o proveer el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar. Para las solicitudes rápidas, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice que sí a una parte o a toda su solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o proveer el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes rápidas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no a una parte o a toda su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros con que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura

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

de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama mantener la decisión. También se llama denegar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole el derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza una cantidad mínima determinada. El aviso que reciba por escrito de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
- Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

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

En el Capítulo 5 se describen las situaciones en las cuales puede que necesite pedir un reembolso o que se pague una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles que nos piden el pago.

Pedirnos reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, miraremos a ver si la atención médica por la que ha pagado es un servicio cubierto. También revisaremos si ha seguido todas las reglas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si decimos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si no ha seguido todas las reglas, no enviaremos el pago. En vez de ello, le enviaremos a usted una carta que diga que no vamos a pagar la atención médica e indique las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle lo solicitado, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, quiere decir que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir su solicitud. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que sí en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada para pacientes internados si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

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

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que dejará el hospital. También le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que se va del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le está pidiendo que se vaya del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud.

<p>Sección 6.1 Durante su estadía en el hospital para pacientes internados, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos</p>

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo haya ordenado su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

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

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información acerca de sus derechos. Este aviso no le brinda su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 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 su fecha de alta del hospital

Si quiere pedir que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Comprueba si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión *inmediata* de su alta hospitalaria. No se demore.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare acerca de Sus Derechos*) se indica cómo ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

No se demore:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **antes de la medianoche del día de su alta.**
 - Si cumple esta fecha límite, se le permite que se quede en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
 - Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para ver los detalles acerca de esta otra manera de presentar 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. Antes de las 12 horas del día siguiente a que se nos comunique, le entregaremos un **Aviso Detallado del Alta**. En este aviso se indica la fecha de alta prevista y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta** llamando a Servicios para Miembros o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un

ejemplo del 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 preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y examinarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha de alta prevista. En este aviso se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es que sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es que no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que la fecha en que se ha programado darlo de alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces es posible **que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después que la Organización para Mejora de la Calidad le responda a su apelación.

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

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha dicho que *no* a su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha en que se ha programado darlo de alta,

entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo completo de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad otra vez y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al 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 para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es que no, necesitará decidir si quiere continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?

Términos legales

Una *revisión rápida* (o *apelación rápida*) se llama también una **apelación acelerada**.

Puede hacernos una apelación en vez de ello

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se le pasa la fecha límite para ponerse en contacto con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Pida una *revisión rápida*.** Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos *rápidos* en vez de los plazos *estándar*. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta prevista, comprobando si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que debe seguir en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios. También quiere decir que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que la fecha en que se ha programado darle de alta es médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día que habíamos dicho que acabaría la cobertura.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha en que se había programado darle de alta, entonces **puede que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha en que se había programado darle de alta.

Paso 4: Si decimos que *no* a su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la <i>organización de revisión independiente</i> es la Entidad de revisión independiente . Algunas veces se le llama IRE .

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Se nos requiere que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en las 24 horas siguientes a decirle que estamos denegando su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas siguientes.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación de su alta de hospital.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha planificada de alta hospitalaria era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar un proceso de revisión de apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones 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 su decisión o continúa con la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 8 de este capítulo, puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que nuestra cobertura va a acabar demasiado pronto

Sección 7.1	<i>Esta sección trata de tres servicios solamente: Servicios de atención médica en el hogar, de atención en un centro especializado de enfermería y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de terminar la cobertura de alguno de estos tres tipos de atención recibida por usted, se nos requiere que se lo comuniquemos por adelantado. Cuando acabe su cobertura de esta atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Sección 7.2 Le diremos por adelantado cuándo va a acabar su cobertura

Términos legales

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo dar por terminada su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:
 - La fecha en que vamos a dejar de cubrirle la atención.
 - Cómo solicitar una *apelación de vía rápida* para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso indica *solamente* que ha recibido la información de cuándo va a terminar su cobertura. **La firma no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

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

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, debe entender lo que necesita hacer y saber las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos, una organización gubernamental que provee ayuda especializada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examina su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. No se demore.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso que recibió por escrito (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le dice cómo ponerse en contacto con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

No se demore:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para ver los detalles acerca de 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.

Términos legales
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de sus servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión examinará también su información médica, hablará con su médico y examinará información que nuestro plan le ha proporcionado.

- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, usted recibirá de nosotros la **Explicación Detallada de No Cobertura** que expone detalladamente nuestros motivos para poner fin a la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces, **debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si corresponde). Puede que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura acabará en la fecha que le hemos dicho.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que termine su cobertura para la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para hacer que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión acerca de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención en un centro especializado de enfermería o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que hayamos dicho que iba a terminar su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad otra vez y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solamente si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de Calidad examinarán cuidadosamente otra vez toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión respecto a su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir ofreciéndole la cobertura** de la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y puede que haya limitaciones de cobertura que apliquen.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que no?

- Quiere decir que están de acuerdo con la decisión acerca de su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo proceder al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un Juez administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 está a cargo de un Juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 ¿Qué ocurre si se le pasa la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede hacernos una apelación en vez de ello

Como se ha explicado anteriormente, debe actuar sin demora para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar su primera apelación (en uno o dos días como máximo). Si se le pasa la fecha límite para ponerse en contacto con esta

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

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 1

Términos legales

Una <i>revisión rápida</i> (o <i>apelación rápida</i>) se llama también una apelación acelerada .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto quiere decir que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos *rápidos* en vez de los plazos *estándar*. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión rápida de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información referente a su caso. Comprobamos si habíamos seguido todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le damos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de revisión rápida.

- **Si decimos que sí a su apelación,** quiere decir que estamos de acuerdo con usted con que necesita servicios durante más tiempo, y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También quiere decir que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** entonces su cobertura acabará en la fecha que le habíamos dicho y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro especializado de enfermería o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

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

Términos legales

El nombre formal de la <i>organización de revisión independiente</i> es la Entidad de revisión independiente . Algunas veces se le llama IRE .
--

Paso a paso: Proceso para presentar una Apelación *Alternativa* de Nivel 2

- Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** examina la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su *apelación rápida*. Esta organización decide si la decisión debería cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Se nos requiere que enviemos la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en las 24 horas siguientes a decirle que estamos denegando su primera apelación. (Si cree que se nos ha pasado esta fecha límite u otras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 9 de este capítulo le dice cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas siguientes.

- Los examinadores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice que sí a su apelación,** entonces debemos reembolsarle nuestro costo compartido de la atención que recibió desde la fecha que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar la cobertura de la atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que estamos de acuerdo con la decisión de nuestro plan acerca de su primera apelación y no la cambiaremos.
 - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si quiere llevar la apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

- En el Nivel 3, su apelación la revisa un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 8 de este capítulo, puede encontrar más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y después

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

Puede que esta sección sea apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones se han rechazado.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. Aquí le decimos quién se encarga de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado mediador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión acerca de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, será una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Juez administrativo o el Abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si el Juez administrativo o Abogado mediador dice que no a su apelación, es posible que el proceso de apelación haya o no terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha acabado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Comité de Apelaciones de Medicare (Comité) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, o el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar una decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión 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 proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte del Distrito Federal revisará su apelación.

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

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 9.1 **¿De qué tipos de problemas se encarga el proceso de quejas?**

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respetar su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?• ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros?• ¿Cree que se le está animando a irse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está experimentando dificultades para que se le dé una cita, o esperando demasiado tiempo para que se la den?• ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos u otros profesionales médicos? ¿O nuestro Servicios para Miembros u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿No está satisfecho con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le dimos el aviso requerido?• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Prontitud (Estos tipos de quejas tienen que ver con la prontitud de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja acerca de nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="656 443 1409 548">• Nos ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y hemos dicho que no lo haremos; puede presentar una queja.<li data-bbox="656 569 1409 674">• Cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja.<li data-bbox="656 695 1409 800">• Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos y servicios médicos aprobados; puede presentar una queja.<li data-bbox="656 821 1409 926">• Considera que no hemos cumplido los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="253 1318 1425 1360">• Una queja se llama también un reclamo.<li data-bbox="253 1371 1425 1413">• Presentar una queja también se llama presentar un reclamo.<li data-bbox="253 1423 1425 1497">• Utilizar el proceso de quejas también se llama utilizar el proceso de presentar un reclamo.<li data-bbox="253 1518 1425 1560">• Una queja rápida también se llama reclamo acelerado.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros rápidamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesita hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.

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

- **Si no desea llamar (o ha llamado y no está satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Proceso para presentar una queja

- **Usted o su representante pueden presentar sus inquietudes por escrito, por teléfono, en persona o en línea en selecthealth.org/medicare.** Por favor siga el proceso de quejas que se describe a continuación:
 - Al presentar una queja, por favor proporcione la siguiente información:

Su nombre, domicilio, número de teléfono y número de identificación del miembro, su firma y o la firma del representante legalmente autorizado y la fecha de la firma, un resumen de la queja y cualquier contacto previo con nosotros y una descripción de la acción que está solicitando. Si usted o su representante autorizado requiere asistencia en la preparación y presentación de su queja, comuníquese con nuestro Departamento de Quejas y Apelaciones al número que se indica en el capítulo 2 de este manual.
 - Puede solicitar una queja acelerada (rápida) si:
 - No está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo para hacer una determinación o reconsideración inicial de organización/cobertura (estándar).
 - Rechazamos su solicitud de organización/determinación de cobertura o reconsideraciones/redeterminaciones de 72 horas/rápida (acelerada).
 - Denegamos su solicitud para una apelación (acelerada) de 72 horas/rápida.
- Si envía por correo la solicitud de una queja acelerada, le proporcionaremos un acuse de recibo verbal al recibirla. Vamos a hacer una determinación dentro de las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema que quiere reclamar.

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

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario siguientes.** Si necesitamos más información y el retraso es lo que más le conviene o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días de calendario más (un total de 44 días de calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si va a presentar una queja porque le hemos rechazado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le daremos automáticamente una queja**

rápida. Si tiene una queja rápida, quiere decir que le daremos una **respuesta en 24 horas.**

- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o toda su queja o no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 9.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
--

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

Puede presentar su queja directamente a 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 atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **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 comunicarle su queja a Medicare

Puede enviar su queja acerca de Select Health Medicare NoRx directamente a Medicare. Para enviarle una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

*Terminación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de la afiliación a nuestro plan

La terminación de su membresía en Select Health Medicare NoRx puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (si no es su propia elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo. En las secciones 2 y 3 se proporciona información sobre la terminación voluntaria de la membresía.
- Hay también limitadas situaciones en las que no elige irse, pero se nos requiere que terminemos su membresía. La Sección 5 le habla de situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, éste debe seguir proporcionándole atención médica y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual
--

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también llamado el *Período de inscripción abierta anual*). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Escoja si quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
 -
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- **Su membresía acabará en nuestro plan** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Terminar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** en el primer día del mes después de inscribirse en un plan diferente de Medicare Advantage o cuando recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si decide también inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Section 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de Select Health Medicare NoRx pueden ser elegibles para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se llama un **Período de Inscripción Especial**.

- **Puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Generalmente, cuando usted se ha mudado.
 - Si usted tiene Medicaid.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar para ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los

usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte;
- *u* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- **¿Cuándo acabará su membresía?** Generalmente, su membresía acabará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede terminar su membresía?
--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros**
- Puede encontrar la información en el manual de *Medicare y Usted 2024*.
- Contáctese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Qué tiene que hacer para terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:	
<ul style="list-style-type: none">● Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción de <i>Select Health Medicare NoRx</i> cuando comience la cobertura en su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">● Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.	<ul style="list-style-type: none">● Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Automáticamente se cancelará su inscripción de <i>Select Health Medicare NoRx</i> cuando comience la cobertura en su nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- **Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción.** Póngase en contacto con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le cancelará la inscripción en *Select Health Medicare NoRx* cuando empiece su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si también tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta (p. ej., PDP independiente) y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de no tener una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan.

- **Seguir utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día que acabe su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta** (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Select Health Medicare NoRx debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

Select Health Medicare NoRx debe terminar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se traslada de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje prolongado, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se va a mudar o al que va a viajar está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano estadounidense ni tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si nos da información incorrecta intencionalmente cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera disruptiva y hace que sea difícil que proveamos atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que se vaya de nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 <u>No</u> podemos pedirle que se vaya de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--

Select Health Medicare NoRx no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud.

¿Qué debo hacer si ocurre esto?

Si cree que se le está pidiendo que se vaya de nuestro plan debido a una razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 24 horas al día, 7 días a la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8. Terminación de su membresía en el plan

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

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos darle nuestras razones por las que hemos terminado su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo acerca de nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII del Proyecto de Ley del Seguro Social y las normativas creadas bajo el Proyecto de Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, puede que apliquen otras leyes Federales y, bajo ciertas circunstancias, puede que apliquen las leyes del estado en que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la prohibición contra la discriminación

No discriminamos en función de la raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen Planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes Federales en contra de la discriminación, incluyendo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, el Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible y todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben fondos Federales, y cualquier otra ley y norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el tratamiento 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 su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de los CMS en el título 42 del CFR, secciones 422.108 y 423.462, *Select Health Medicare NoRx*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce el Secretario bajo las normativas de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes Estatales.

Capítulo 9 Avisos legales

CAPÍTULO 10:

Definiciones de palabras importantes

Imágenes Avanzadas: Tomografía Computarizada (CT/CAT), Angiografía por Resonancia Magnética (MRA, por sus siglas en inglés), Imágenes por Resonancia Magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés).

Cantidad autorizada: la cantidad que se pagan proveedores para servicios cubiertos. La cantidad autorizada es la cantidad que un proveedor de la red ha accedido a aceptar como pago completo por los servicios prestados y es generalmente menos que los cargos facturados del proveedor. Para los proveedores de fuera de la red, la cantidad autorizada es la cantidad que Original Medicare pagaría por los servicios brindados.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

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

Facturación de saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le envía una factura a una paciente que excede la cantidad de costos compartidos permitida en el plan. Como miembro de Select Health Medicare NoRx, solamente tiene que pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores *facturen el saldo* o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros especializados de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés). El período de beneficios empieza el día que entra en un hospital o centro especializado de enfermería. El período de beneficios acaba cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra a un hospital o centro especializado de enfermería después de que ha terminado un período de beneficios, empieza otro período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Select Health Medicare no utiliza períodos de beneficio para hospitalizaciones, pero sí los utiliza para los servicios de SNF.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Planes por necesidades especiales para afecciones crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que padecen una o más condiciones

médicas graves o incapacitantes, según se definen en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en las agrupaciones de condiciones médicas múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: una cantidad que puede que se le requiera que pague, expresada en porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios.

Monto combinado de gastos de bolsillo máximos: este es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte al Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca de su monto combinado de gastos de bolsillo máximos.

Queja: el nombre formal para *hacer un reclamo es presentar una queja*. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que reciba. También incluye las quejas si su plan no respeta los períodos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología de habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago: una cantidad que puede requerirse que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, visita ambulatoria al hospital o una receta. Generalmente, un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en vez de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a las cantidades que tiene que pagar un miembro cuando se reciben servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) monto de cualquier deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios; (2) cualquier monto de *copago fijo* que un plan requiera cuando se reciba un servicio específico; o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio, que un plan requiera cuando se reciba un servicio específico.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) del que se requiere que pague, como promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se hacen elegibles para Medicare, pueden, generalmente, quedarse con esa cobertura sin pagar una multa si deciden registrarse en cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado supervisado: el cuidado supervisado es cuidado personal provisto en un hogar para ancianos, un centro de atención para pacientes terminales u otro entorno clínico cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. La atención supervisada, provista por personas que no tienen destrezas ni capacitación profesional, incluye

ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse en o levantarse de una cama, sentarse en o levantarse de una silla, moverse y usar el cuarto de baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado supervisado.

Deducible: la cantidad que debe pagar por su atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

Planes de Necesidades Especiales de Elegibilidad Dual (D-SNP): los D-SNP inscriben a individuos que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero: ciertos tipos de equipo médico que encarga su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión I.V., dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona no profesional con conocimientos promedios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren inmediata atención médica para evitar perder la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), perder extremidades, o perder la función de una extremidad, o perder o sufrir una incapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor serio o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Atención de Emergencia: servicios cubiertos que: 1) ofrece un proveedor calificado para cubrir servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura adicional seleccionada, explica su cobertura, lo que debe hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

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

Reclamo: un tipo de queja que hace acerca de nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja que tenga que ver con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o de pago.

Asistente para la atención médica en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren la experiencia de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de atención para pacientes terminales: es un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos darle una lista de centros de atención para pacientes terminales en su área geográfica. Si elige un centro de atención para pacientes terminales y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estadía en el hospital cuando se le ha ingresado formalmente al hospital por servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un *paciente ambulatorio*.

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si se hace elegible para Medicare cuando cumple los 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en que cumple los 65 años, incluye el mes en que cumple los 65 años y acaba 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios cubiertos recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga los servicios cubiertos de los proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto total de su bolsillo, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto Federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, insumos o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y reúnen los estándares aceptados de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para las personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (generalmente los que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción de su plan y cambiar a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta 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.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces se le llama Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS), o un iv) plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como para la visión, el cuidado dental o la audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveer beneficios de Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de Costo de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Pilotos, y los Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos insumos no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de Medigap (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las **faltas** de cobertura de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo pueden utilizarse con Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o Miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan que tiene la responsabilidad de contestar sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras clínicas de atención médica que están certificados por Medicare y por el Estado para que provean servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman *proveedores* del plan.

Determinación de Organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si ciertos artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios

cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman *decisiones de cobertura* en este documento.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio): el gobierno ofrece Original Medicare, y no un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, los hospitales, y otros proveedores de atención médica cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede ir a cualquier médico, hospital, u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y puede obtenerse en todos los Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de *costos compartidos* que se ha dado. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios recibidos se llama también el requisito de *gastos de bolsillo* del miembro.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare voluntario.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han accedido a tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, tanto si se reciben de proveedores de la red como si se reciben de proveedores de fuera de la red. El costo compartido del miembro normalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en sus gastos de bolsillo combinados por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y de fuera de la red (no preferidos).

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

Proveedor de atención médica primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor con el que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención médica primaria antes de visitar a otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios cubiertos. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos de dentro de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red recibe *autorización previa* de nuestro plan. En una PPO, no

necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costos compartidos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: inmovilizadores de brazo, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el Gobierno Federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia de habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar usted, es también, por lo general, el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en centro especializado de enfermería (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de atención especializada de enfermería y de rehabilitación provistos de manera continua y diaria en un centro especializado de enfermería. Algunos ejemplos de atención son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera certificada o un médico.

Período de Inscripción Especial: un período de tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede calificar para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si lo trasladan a un hogar para ancianos o si violamos su contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar para ancianos o tienen alguna condición médica crónica.

Ingresos complementarios para seguridad (SSI, por sus siglas en inglés): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social para las personas con recursos e ingresos limitados que están discapacitados, ciegos o que tienen 65 años de edad o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se proporcionan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para Miembros de Select Health Medicare NoRx

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	855-442-9900 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado y domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábado de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingo cerrado. (Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil). Los Servicios para Miembros también tienen 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 solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las horas de operación son las mismas indicadas anteriormente.
ESCRIBA A	Select Health Medicare Atención: Servicios para Miembros PO Box 30196 Salt Lake City, UT 84130
SITIO WEB	www.https://selecthealth.org/medicare

Programa de Asistencia Estatal de Seguro Médico: SHIP de Nevada

El SHIP es un programa estatal que recibe dinero el gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre el seguro médico local a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	800-307-4444
TTY	711
ESCRIBA A	Aging and Disability Services Division Administration Office 3416 Goni Road, Suite D-132 Carson City, NV 89706
SITIO WEB	adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog

Declaración de la divulgación de PRA Conforme a la Ley Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la obtención de información, salvo que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para que mejoremos este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Esta página dejada en blanco intencionadamente

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SELECT HEALTH MEDICARE

855-442-9900 Usuarios de TTY gratuito: **711**

1 de octubre al 31 de marzo:

Laborables de 7:00 a 20:00 horas, sábado y domingo 8:00 am a 8:00 pm

1 de abril al 30 de septiembre:

Laborables de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 14:00, cerrado el domingo.

Fuera de este horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil o visite **selecthealth.org/medicare**.

Select Health es un patrocinador de planes HMO, PPO, HMO-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Y0165_2626220_020_C