Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios, artículos o medicamentos cubiertos

[Plans should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

Contenido

[A. ¿Cuándo puede pedirle a <plan name> que pague por sus servicios, artículos o medicamentos? 1](#_Toc488858834)

[B. Cómo y adónde debe enviarnos su pedido de pago 4](#_Toc488858835)

[C. <Plan name> o su IDT tomará una decisión de cobertura 5](#_Toc488858836)

[D. Usted puede apelar la decisión de cobertura 5](#_Toc488858837)

# ¿Cuándo puede pedirle a <plan name> que pague por sus servicios, artículos o medicamentos?

Usted no debería recibir facturas por servicios, artículos o medicamentos recibidos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben enviarle a <plan name>los cobros por los servicios, artículos o medicamentos que usted ya recibió. Un *proveedor* *de la red* es un proveedor que trabaja con el plan FIDA.

Si usted recibe una factura por cuidados de salud o medicamentos, **no** pague la factura. En vez, envíe la factura a <plan name> o a su Equipo interdisciplinario (IDT). Para enviar una factura a <plan name> o a su IDT, lea la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

* Si los servicios, artículos o medicamentos están cubiertos, <plan name> le pagará directamente al proveedor.
* Si los servicios, artículos o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
* Si los servicios, artículos o medicamentos **no** están cubiertos, <plan name> o su IDT le avisarán. Usted puede apelar la decisión.
* Comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, Servicios al participante lo puede ayudar. También puede llamar si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya envió a <plan name> o a su IDT.
* Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información gratuita y proveerle asistencia sobre la cobertura y derechos del plan FIDA. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)

Estos son algunos ejemplos de casos en los que usted podría recibir una factura y puede necesitar pedir a <plan name> o a su IDT que decidan si el plan le devolverá el dinero o pagará la factura que recibió:

1. Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red

Usted debe pedir al proveedor que le cobre a <plan name>.

* Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos devolverle su dinero. Envíe a <plan name> o a su IDT la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíe a <plan name> o a su IDT la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si se debe pagar, <plan name> le pagará directamente al proveedor.
* Si usted ya pagó por el servicio, <plan name> le devolverá el dinero.

1. Si un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas a <plan name>. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Llame a Servicios para miembros si recibe facturas que no entiende.

* Como <plan name> paga el costo completo de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. <Plan name> se comunicará directamente con el proveedor y se encargará del problema.
* Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíe la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho a <plan name> o a su IDT. <Plan name> le devolverá lo que haya pagado por servicios, artículos y medicamentos cubiertos.

1. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si usted va a una farmacia que no está en la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

En algunos casos, <plan name> o su IDT aprobarán las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíe a <plan name> o a su IDT una copia de su recibo cuando pida que <plan name> le devuelva lo que usted pagó. En el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] podrán informarle más sobre las farmacias fuera de la red.

1. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no tiene con usted su Tarjeta de identificación de participante de <plan name>

Si usted no tiene con usted su Tarjeta de identificación de participante, puede pedirle a la farmacia que llame a <plan name> o que busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.

* Envíe a <plan name> o a su IDT una copia de su recibo cuando pida que <plan name> le devuelva lo que haya pagado.

1. Si paga el costo total por un medicamento que no está cubierto

Usted deberá pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

* Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name>, o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
* Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, usted puede pedir una decisión de cobertura (lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
* Si usted y su médico u otro proveedor creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida de <plan name> o a su IDT (lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
* Envíe a <plan name> o a su IDT una copia de su recibo cuando le pida reembolso a <plan name>. En algunas situaciones, <plan name> o IDT pueden necesitar obtener más información de su médico u otro proveedor para que <plan name> le reembolse por el medicamento.

Envíe su pedido de pago a <plan name> o a su IDT, su pedido será revisado y se decidirá si el servicio, artículo o medicamento debe ser cubierto. Esto se llama tomar una *decisión de cobertura*. Si <plan name> o su IDT decide que deber ser cubierto, <plan name> pagará por el servicio, artículo o medicamento. Si <plan name> o su IDT rechazan su pedido de pago, usted puede apelar la decisión.

Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Cómo y adónde debe enviarnos su pedido de pago

[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing health care and drug claims.]

[Plans may edit this section as necessary to describe their claims process.]

Envíe la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho a <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT). La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. Es una buena idea hacer una copia de la factura y de los recibos para sus expedientes. Puede pedirle ayuda al Administrador de cuidados.

[If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language: Para asegurarse de darle a <plan name> o a su IDT toda la información necesaria para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para hacer su pedido de pago.

* Usted no tiene que usar el formulario pero, si lo hace, ayudará a <plan name> o a su IDT a procesar la información más rápido.
* Usted puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (<web address>), o puede llamar a Servicios al participante y pedir uno.]

[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.] Envíenos por correo su pedido de pago junto con las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

[Insert address.]

[If the plan allows enrollees to submit oral payment requests, insert the following language:

Usted también puede llamar a <plan name> para pedir que hagamos un pago.] [Plans should include all applicable numbers and days and hours of operation.]

[Insert if applicable: **Usted debe enviarnos su reclamo, a más tardar en <number of days> días** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.]

# <Plan name> o su IDT tomará una decisión de cobertura

Cuando <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) reciban su pedido de pago, revisarán su pedido y tomarán una *decisión de cobertura*. Esto significa que <plan name> o su IDT decidirán si los cuidados de salud o medicamentos están cubiertos por el plan. <Plan name> o su IDT también decidirán la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el cuidado de salud o medicamento.

* <Plan name> or su IDT le avisará si necesitan que usted les dé más información.
* Si <plan name> o su IDT deciden que el servicio, artículo o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, el plan pagará por él. Si ya pagó el servicio, artículo o el medicamento, <plan name> le enviará por correo un cheque por lo que usted pagó. Si todavía no ha pagado por el servicio, artículo o el medicamento, <plan name> le pagará directamente al proveedor.

En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] se explican las reglas para pedir el cubrimiento de sus servicios. En el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] se explican las reglas para los medicamentos que debe cubrir el programa de Medicamentos de Medicare Parte D.

* Si <plan name> o su IDT decide que el plan no debe pagar por el servicio, artículo o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.

Para saber más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Usted puede apelar la decisión de cobertura

Si le parece que <plan name> o su Equipo interdisciplinario (IDT) se equivocaron al rechazar su pedido de pago, puede pedirle a <plan name> que cambie su decisión. A esto se le llama *apelar.* Usted también puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que <plan name> or su IDT decide que el plan pagará.

* El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para saber más sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio o artículo, vaya a la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, vaya a la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información y ayuda gratuita con cualquier apelación que haga con <plan name>. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800.)