Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted tiene que saber para obtener cuidado médico y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le informa sobre su coordinador de cuidados [*Plan should replace the terms “care coordinator” with the term they use*], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para ser dueño de Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members 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.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template*.]

Tabla de Contenido

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc14257805)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 4](#_Toc14257806)

[C. Información sobre su coordinador de cuidados 6](#_Toc14257807)

[C1. Lo que es un coordinador de cuidados 6](#_Toc14257808)

[C2. Cómo usted puede comunicarse con su coordinador de cuidados 6](#_Toc14257809)

[C3. Cómo usted puede cambiar su coordinador de cuidados 6](#_Toc14257810)

[D. Cuidados de su proveedor personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 6](#_Toc14257811)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidados primarios 6](#_Toc14257812)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc14257813)

[D3. Qué hace cuando un proveedor se retira de nuestro plan 9](#_Toc14257814)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc14257815)

[E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc14257816)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por el uso de sustancias) 11](#_Toc14257817)

[F1. Cuáles servicios de Medi-Cal para la salud del comportamiento son provistos fuera de <plan name>a través de [*insert the names of the county entity(ies) responsible for delivering mental health and substance use disorder services*] 11](#_Toc14257818)

[G. Cómo obtener servicios de transporte 12](#_Toc14257819)

[H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 13](#_Toc14257820)

[H1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 13](#_Toc14257821)

[H2. Atención de urgencia 14](#_Toc14257822)

[H3. Cuidados durante un desastre 15](#_Toc14257823)

[I. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 15](#_Toc14257824)

[I1. Qué hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 16](#_Toc14257825)

[J. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc14257826)

[J1. Definición de un estudio de investigación clínica 16](#_Toc14257827)

[J2. Pagos por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 17](#_Toc14257828)

[J3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas 18](#_Toc14257829)

[K. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted recibe cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud 18](#_Toc14257830)

[K1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 18](#_Toc14257831)

[K2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 18](#_Toc14257832)

[L. Equipo médico duradero (DME) 19](#_Toc14257833)

[L1. DME como miembro de nuestro plan 19](#_Toc14257834)

[L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 20](#_Toc14257835)

# A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Servicios incluyen cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros. Los **Servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los Servicios cubiertos de cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Los proveedores son los médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término proveedorestambién incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de cuidado de salud, cuidado de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de la red nos envían las facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, por lo general usted no debe pagar nada por los servicios cubiertos.

# B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

<Plan name> cubre servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

<Plan name> pagará el costo del cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento servicios, y LTSS que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Para estar cubiertos por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] de este Manual).
* El cuidado debe ser **médicamente necesario.** Médicamente necesario significa servicios que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en una institución de enfermería especializada. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. [Plans may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models.]
* [Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.] Usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro doctor. Como miembro del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
  + En la mayoría de los casos, [insert as applicable: el PCP de la red **or** nuestro plan] deberá aprobar que usted visite alguien que no sea su PCP o use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una **pre-autorización o referido.** Si no recibe un referido, es posible que <plan name> no cubra los servicios. No necesita un referido para visitar a algunos especialistas, como especialistas para la salud femenina. Para informarse más sobre los referidos, vaya a la página <page number>.
* [Insert if applicable: Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le dará pre-autorizaciones para especialistas y servicios también afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es: [insert definition].]
  + Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario urgentemente o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener un referido de su PCP. Para informarse más al respecto, vaya a la página <page number>.
  + Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página <page number>.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red** [insert if applicable **afiliados al grupo médico de su PCP**]. Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud [insert if applicable: y el grupo médico de su PCP]. En los siguientes casos esta regla no se aplica:
  + El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o atención necesaria de urgencia, lea la Sección H, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [Plans may specify whether authorization should be obtained from the plan prior to seeking care.] En este caso, cubriremos el cuidado [insert as applicable: como si lo hubiera recibido de proveedores de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la Sección D, página <page number>.
  + El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  + Al unirse al plan, usted puede pedir seguir visitando a los proveedores que visita actualmente. A excepto de ciertas excepciones, estamos obligados a aprobar esta solicitud, si podemos demostrar que usted tenía una relación existente con los proveedores (vea el Capítulo 1, página <page number>). Si aprobamos su solicitud, usted puede seguir viendo los proveedores que ve ahora por 12 meses. Durante este tiempo, su coordinador de cuidados, se pondrá en contacto con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red [insert if applicable: afiliados al grupo médico de su PCP]. Después de los 12 meses, no podremos cubrir más por sus servicios de cuidado de salud, si usted sigue viendo proveedores fuera de la red [insert if applicable: y que no están afiliados al grupo médico de su PCP].
* [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# C. Información sobre su coordinador de cuidados

[Plans should provide applicable information about care coordination, including explanations for the following subsections. Plans should replace the terms “care coordinator” and “care team” with terms they use.]

## C1. Lo que es un coordinador de cuidados

[Example text: Un coordinador de cuidados es un médico u otro personal capacitado que trabaja para nuestro plan para proveerle servicios de coordinación de cuidados.]

## C2. Cómo usted puede comunicarse con su coordinador de cuidados

## C3. Cómo usted puede cambiar su coordinador de cuidados

# D. Cuidados de su proveedor personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## D1. Cuidados de un proveedor de cuidados primarios

[**Note:** Insert this section only if your plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of a PCP.]

### Usted debe elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado. [*Insert if applicable:* Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico afiliado.]

### Definición de un “PCP” y lo que hace un PCP por usted

[Plans should describe the following in the context of their plans:

Lo que es un PCP

If applicable: ¿Qué es un grupo médico/IPA?

Qué clase de proveedores pueden ser PCP [California allows specialists to act as a PCP. Plans must inform members of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]

La función de un PCP

* Coordinando servicios cubiertos
* Obteniendo autorización previa, si es aplicable

Cuándo una clínica puede ser su proveedor de cuidados primarios (RHC/FQHC)]

### Su elección de PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.] [Plans that assign members to medical groups/IPAs must include language that explains how the choice of PCP will impact the member’s access to specialists and hospitals. For example:

Si hay algún especialista u hospital en particular que usted quiera usar, es importante verificar si están afiliados al grupo médico de su PCP. Usted puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias o pedir a Servicios al miembro de <plan name> que averigüen si el PCP que usted quiere da pre-autorizaciones a ese especialista o si usa ese hospital.]

### La opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP dentro de nuestra red si el que tiene ahora se retira de nuestra red.

[Plans should describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of the request, etc.).]

### [*Insert if applicable:* Recuerde, los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si usted cambia su PCP, también podría estar cambando de grupo médico. Cuando usted pida el cambio, asegúrese de decirle a Servicios al miembro que usted está viendo a un especialista o que está recibiendo servicios cubiertos que requieren la aprobación del PCP. Servicios al miembro se asegurará que usted pueda continuar su cuidado especializado y otros servicios cuando cambie de PCP.]

### Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su PCP

[**Note:** Insert this section only if plans use PCPs or require referrals to network providers.]

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de su PCP antes de poder ver a otros proveedores. Esta autorización se llama **referido**. Usted podrá obtener servicios como los mencionados a continuación, sin la autorización previa de su PCP:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).
* Servicios de diálisis que reciba en una institución para diálisis, certificada por Medicare, cuando usted esté fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al miembro antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la red.)
* Vacunas contra la gripe [insert if applicable: vacunas contra hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [insert if applicable: siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Adicionalmente, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver a estos proveedores sin necesidad de un referido.

[Plans should add additional bullets consistently formatted like the rest of this section as appropriate.]

## D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialistaes un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos

[Plans should describe how members access specialists and other network providers, including:

Cual es el rol (si alguno) del medico primario (PCP, por sus siglas en inglés) en el referido de los miembros a especialistas y otros proveedores.

Cual es el proceso para obtener una autorización previa [Plans explain that prior authorization means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug. Or seeing an out-of-network provider and including information about which plan entity makes the prior authorization decision (e.g., Medical Director, the PCP, or another entity).]

Quien es responsible de obtener una autorización previa [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for information about which services require prior authorization.]

Si la selección de un medico primario (PCP), resulta en una selección limitada de medicos y hospitals, a los cuales el PCP refiere [For example, plans include information about subnetworks or referral or circles.]]

## D3. Qué hace cuando un proveedor se retira de nuestro plan

[Plans may edit this section if they are obligated under the state’s Medi-Cal program to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando, se retire de nuestro plan. Si su proveedor se retira de la red, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores capacitados.
* Realmente nos esforzaremos para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor capacitado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
* Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor capacitado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y para administrar su cuidado. [Plans should provide contact information for assistance.]

## D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

[Plans should tell members under what circumstances they may obtain services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include Medi-Cal out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

Si visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

* No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
* Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

# E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS)

Respaldos y servicios a largo plazo (LTSS) consisten de Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS), Programas de servicios con fines múltiples para personas de la tercera edad (MSSP) [Plan shall change Programas de servicios para personas de la tercera edad (MSSP) to the term Planificación y administración del cuidado (CPM), once the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care], e Hogares de enfermería especializada (NF). Los servicios pueden ocurrir en el hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación describimos los diferentes tipos de LTSS:

* **Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS):** Para pacientes ambulatorios. Es un programa de servicios basados en un centro que ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y del habla, cuidados personales, entrenamiento y soporte para la familia/cuidador, servicios de nutrición, transporte, y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad.
* **Programa de servicios con fines múltiples para las personas de la tercera edad (MSSP)** [*plan should change* Programas de servicios para personas de la tercera edad (MSSP) *to the term* Planificación y administración del cuidado (CPM)*, if the plan’s county has transitioned MSSP into Managed Care.*]: Un programa específico de California que ofrece Servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) para clientes mayores en estado delicado, certificables para su colocación en una institución de enfermería especializada, pero que desean quedarse en la comunidad.
  + Las personas elegibles para recibir Medi-Cal que tienen 65 años o más con discapacidades pueden ser elegibles para este programa. Este progama es una alternativa, a ser internado en hogares de enfermería especializada.
  + Los servicios de MSSP pueden incluir, sin limitación: Guardería para adultos o Centro de respaldo, asistencia para la vivienda, como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia, asistencia con tareas y cuidado personal; supervisión protectora, administración de casos y otros tipos de servicios.
* **Hogares de enfermería especializada (NF):** Un centro que ofrece atención a personas que no pueden vivir solas en su casa, pero no necesitan estar en un hospital.

Su coordinador de cuidados le ayudará a entender cada programa. Para más información sobre cualquiera de estos programas, [insert contact information for care coordinator].

# F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por el uso de sustancias)

Usted tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento de salud médicamente necesarios que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. <Plan name> provee acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. <Plan name> no provee acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medi-Cal, pero estarán disponibles para miembros elegibles de <plan name> a través de [insert the names of the county entity(ies) responsible for delivering certain types of mental health and/or substance use disorder services].

## F1. Cuáles servicios de Medi-Cal para la salud del comportamiento son provistos fuera de <plan name>a través de [insert the names of the county entity(ies) responsible for delivering mental health and substance use disorder services]

Los servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si usted cumple con los criterios médicamente necesarios para ser elegible para servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal para la salud del comportamiento proporcionados por [insert the names of the county entity(ies) responsible for delivering mental health and substance use disorder services] incluyen:

* Servicios de salud mental (evaluación, tratamiento, rehabilitación, y desarollo del plan)
* Servicios de soporte para medicamentos
* Tratamiento intensivo ambulatorio
* Rehabilitación ambulatoria
* Intervención de crisis
* Estabilización de crisis
* Tratamientos de servicios residencial para adultos
* Tratamientos de servicios residencial para crisis
* Centro de salud para servicios psiquiátricos
* Servicios hospitalarios psiquiátricos
* Administración de casos específicos

Los servicios de Medi-Cal para tratar el abuso de drogas están disponibles para usted a través de [insert the name of the county entity responsible for delivering substance use disorder services] si usted cumple con los criterios medicamente necesarios de Medi-Cal proporcionados por [insert the name of the county entity responsible for delivering SUD services]. Estos incluyen:

* Servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
* Servicios de tratamiento residencial
* Servicios ambulatorios para la cesación de drogas
* Servicios de tratamiento estupefacientes
* Servicios de naltrexona para la dependencia al opio

Además de los servicios de Medi-Cal para tratar el abuso de drogas mencionados arriba, es posible que usted tenga acceso a los servicios voluntarios hospitalarios de desintoxicación si cumple con los criterios medicamente necesarios.

[Plans must insert language about the availability of behavioral health services, processes to determine medical necessity, referral procedures between the plan and county entity, problem resolution processes, etc.]

# G. Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide information about getting transportation services applicable under both Medi-Cal and Cal MediConnect.]

# H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

## H1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

### Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:

* Riesgo grave para su salud o la del feto; **o**
* Daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
* Disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
* En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto cuando:
  + no hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
  + el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

### Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted **no** tiene que obtener primero una aprobación o pre-autorización de su PCP.
* [Plans add if applicable: **Asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona [plans may replace alguien más with su coordinador de cuidados or other applicable term] deberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia si se tarda en avisarnos.] [Plans must either provide the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of the plan’s Member ID Card).]

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medi-Cal may describe this coverage based on the Medi-Cal program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

[Plans may modify the following sentence to identify whether this coverage is within the United States and its territories or world-wide emergency/urgent coverage:]Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

[Plans that offer a supplemental benefit covering world-wide emergency/urgent coverage or ambulance services outside of the United States or its territories, mention the benefit here and then refer members to Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for more information.]

[Plans may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.] Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nosotros. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible.

### Obteniendo cuidados de emergencia si no era una emergencia médica

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría pedir cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

No obstante, después de que el médico diga que noera una emergencia, cubriremos su cuidado adicional*,* sólosi:

* Usted visita a un proveedor de la red, **o**
* El cuidado adicional que reciba es considerado “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

## H2. Atención de urgencia

### Definición de atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es atención que se recibe por una enfermedad, lesión o enfermedad repentina y que no es una emergencia, pero requiere de atención inmediata. Por ejemplo una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

### Atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de urgencia, sólosi usted:

* Recibe este cuidado de salud de proveedores de la red, **y**
* Sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

### Atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio del plan, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado que sea necesario de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

[Plans that cover urgently needed care outside the United States or its territories through Medi-Cal may describe this coverage based on the Medi-Cal program coverage area.]

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

[Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit, modify this section.]

## H3. Cuidados durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de U.S. Health and Human Services, o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o en estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de <plan name>.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: <web address>. [In accordance with 42 CFR 422.100(m), plans are required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost sharing without required prior authorization; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la [insert as applicable: cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted]*.* Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Por favor lea más información en el Capítulo 5.

# I. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medi-Cal-covered benefits.]

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] la factura.

**Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

[Insert as applicable: Si pagó por sus servicios cubiertos, **or** Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos,] o si recibió una factura por [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## I1. Qué hacer si los servicios no son cubiertos por nuestro plan

[Plans may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medi-Cal-covered benefits.]

<Plan name> cubre todos los servicios:

* Que sean médicamente necesarios, **y**
* Que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4 [*plans may insert reference, as applicable*]), **y**
* Que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirnos que le respondamos por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que le pagemos por un servicio médico que normalmente no pagamos. También le dice cómo apelar nuestra decisión sobre un servicio. Usted puede llamar a Servicios al miembro para saber más sobre esto.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

# J. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica

## J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como prueba clínica) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra [plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence] ni de su proveedor personal. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, notienen que ser proveedores de la red.

**Pero, usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidados debe comunicarse con Servicios al miembro para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

## J2. Pagos por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

* Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[Plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert: Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan.] Si usted participa en un estudio que **no ha sido aprobado** por Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]tendrá que pagar todos los costos de participar en ese estudio.

## J3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

# K. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted recibe cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud

## K1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud

Una institución religiosa no médica para cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidado que normalmente no obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para cuidado de salud.

Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente interno de Medicare Parte A (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará los servicios de cuidado de salud no médico proporcionado solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## K2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado voluntario y no exigido por la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado que no sea voluntario y que sea exigido de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, este cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
  + Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
  + [*Omit this bullet if not applicable.*] Deberá obtener nuestra aprobación antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# L. Equipo médico duradero (DME)

## L1. DME como miembro de nuestro plan

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)se refiere a ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos elementos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección, hablamos del DME que debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el equipo no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

[*If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to members, the plan must modify this section to explain the conditions under which and when the member can own specified DME.*]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the member for DME items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.]

[If the plan never allows transfer of ownership to the member (except as noted above, for example, for prosthetics), insert: Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.]

[Plans should modify this section as necessary to explain any additional Medi-Cal coverage of DME.]

## L2. Propiedad de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo un plan de Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**Nota:** Puede encontrar definiciones de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2020*. Si no tiene una copia de este manual, la puede obtener en el sitio de web de Medicare (<https://es.medicare.gov/>) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1‑877-486‑2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos establecido por el plan de Medicare Advantage, para poder ser propietario del equipo médico duradero:

* Usted no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, **y**
* Usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o un plan de Medicare Advantage.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original o un plan de Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos hechos a Medicare Original o Medicare Advantage no contarán para los pagos que necesita hacer después de retirarse de nuestro plan.**

* Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan de Medicare Advantage para que el equipo pase a ser de su propiedad.
* No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Medicare Original o un plan de Medicare Advantage.