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 debe saber para obtener cuidado médico y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le informa sobre su administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para ser dueño de equipo médico duradero (DME). Términos importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[The plan 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 [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plan 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](#_Toc47087522)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, cuidados de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos por el plan 4](#_Toc47087523)

[C. Información sobre su administrador de cuidados 6](#_Toc47087524)

[C1. Lo que es un administrador de cuidados 6](#_Toc47087525)

[C2. Cómo usted puede comunicarse con su administrador de cuidados 6](#_Toc47087526)

[C3. Cómo usted puede cambiar su administrador de cuidados 6](#_Toc47087527)

[D. Cuidado de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 6](#_Toc47087528)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario 6](#_Toc47087529)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc47087530)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor se retira de nuestro plan 9](#_Toc47087531)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 9](#_Toc47087532)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc47087533)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc47087534)

[G. [*If applicable plan should add:* Cómo obtener cuidados autodirigidos] 10](#_Toc47087535)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 10](#_Toc47087536)

[G2. Quién puede recibir cuidados autodirigidos (for example, if it is limited to waiver populations) 10](#_Toc47087537)

[G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (if applicable) 10](#_Toc47087538)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 10](#_Toc47087539)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre 11](#_Toc47087540)

[I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 11](#_Toc47087541)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 13](#_Toc47087542)

[I3. Cuidados durante un desastre 13](#_Toc47087543)

[J. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc47087544)

[J1. Qué hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc47087545)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc47087546)

[K1. Definición de un estudio de investigación clínica 15](#_Toc47087547)

[K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc47087548)

[K3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas 16](#_Toc47087549)

[L. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted obtiene cuidados de salud en una institución religiosa no médica 16](#_Toc47087550)

[L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 16](#_Toc47087551)

[L2. Obteniendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 17](#_Toc47087552)

[M. Equipo médico duradero (DME) 18](#_Toc47087553)

[M1. DME como un miembro de nuestro plan 18](#_Toc47087554)

[M2. Apropiación de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 18](#_Toc47087555)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 19](#_Toc47087556)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 19](#_Toc47087557)

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

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

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago [insert if plan has cost sharing: y su parte del costo] como pago total. [Plan may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de la red nos envían 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 [insert as applicable: nada **or** sólo su parte del costo] por los servicios cubiertos. Sin embargo, si usted es elegible para servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. A esto se le llama "costo compartido" y la cantidad la determina Rhode Island Medicaid.

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

<Plan name> cubre servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios cubiertos por Rhode Island Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo. No obstante, ciertos beneficios de Medicaid seguirán siendo cubiertos por Rhode Island Medicaid, como sus servicios dentales y de transporte. Podemos ayudarle a acceder a esos servicios.

En general, <plan name> pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Para que sea cubierto 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 [plan 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 una enfermedad, para evitar que empeore una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar de cuidados para personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica. [Plan may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate *and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models*.]
* [Plan may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.] Usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro proveedor. Como miembro del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
  + En muchos casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] deberá aprobar que usted visite a alguien quien no sea su PCP o use otros proveedores en la red del plan. Esto se llama **referido**. Si no recibe autorización, es posible que <plan name> no cubra los servicios. No necesita un referido para visitar a algunos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para informarse más sobre los referidos, vaya a la página <page number>.
  + Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia, cuidado necesario de urgencia, cuidados de salud del comportamiento o para ver a un especialista en salud de la mujer. 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>.
  + **Nota:** Por lo menos durante los primeros seis meses que esté inscrito en nuestro plan, usted podrá continuar viendo a sus proveedores actuales, en forma gratuita si ellos no forman parte de nuestra red. Esto se llama período de continuidad de cuidados. Durante los primeros seis meses que esté inscrito en nuestro plan, nuestro administrador de cuidados se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después que termine el período de continuidad de cuidados, no cubriremos su cuidado de salud si continúa viendo a proveedores fuera de la red.

[HMO plan that is not HMO POS, insert the following paragraphs:]

* **Usted debe recibir su cuidado de salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces ésta regla no se aplica:
  + El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o cuidado necesario de urgencia, lea la Sección I, 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. [Plan 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 seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante [plan should discuss the state’s continuity of care requirement].
* [Plan should add additional exceptions as appropriate.]

# C. Información sobre su administrador de cuidados

[Plan should provide applicable information about care coordination, including explanations for the following subsections.]

## C1. Lo que es un administrador de cuidados

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

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

# D. Cuidado de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario

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

Usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de proporcionarle su cuidado.

**Definición de PCP y lo que hace un PCP por usted**

[Plan should describe the following in the context of its plan:

Lo que es un PCP

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

La función de un PCP

* Coordinando servicios cubiertos
* Tomando decisiones al respecto de u obteniendo autorización previa, si es aplicable

Cuándo una clínica puede ser su proveedor de cuidado primario (RHC/FQHC)]

**Su elección de PCP**

[Plan must describe how to choose a PCP.]

**Opción de cambiar su PCP**

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

[Plan 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.).]

**Los servicios que usted puede obtener sin primero obtener un referido de su PCP**

[**Note:** Insert this section only if plan uses 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 un referido:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red.
* Cuidado necesario 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 del área de servicio del plan.)
* 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].
* Cuidados de salud del comportamiento
* 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.

[Plan 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 especialista es un proveedor 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.

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

Cuál es el rol (si alguno) del PCP en referir a los miembros a especialistas y otros proveedores.

Cuál es el proceso para obtener una autorización previa [Plan explains 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).]

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

Si la selección de un PCP resulta en ser limitado a un grupo de especialistas u hospitales a los que ese PCP refiere [For example, plan include information about subnetworks or referral circles.]]

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

[The plan may edit this section if they are obligated under state Medicaid programs 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 alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, 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 los cuidados de una amplia red de proveedores calificados.
* 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 calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
* Si le parece que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (lea en el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] la información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones).

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 administrar su cuidado. [Plan should provide contact information for assistance.]

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

[HMO plan that is **not** HMO POS, 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 Medicaid 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, él o ella deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

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

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

[Plan should provide applicable information about getting LTSS.]

# F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plan should provide applicable information about getting behavioral health services.]

# G. [*If applicable plan should add:* Cómo obtener cuidados autodirigidos]

[Plan should provide applicable information about getting self-directed care, including the following subsections.]:

## G1. Qué son los cuidados autodirigidos

## G2. Quién puede recibir cuidados autodirigidos (for example, if it is limited to waiver populations)

## G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (if applicable)

# H. Cómo obtener servicios de transporte

Usted podría ser elegible para un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA. Para obtener un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, visite la oficina de identificación de RIPTA en One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 o la oficina de Servicio al cliente de RIPTA en 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Llame a RIPTA al 1-401-784-9500 o visite a [[www.ripta.com/espanol](http://www.ripta.com/espanol)](http://www.ripta.com/espanol) para encontrar más información.

Si usted no puede usar un pase de autobús de tarifa reducida de RIPTA, Rhode Island Medicaid cubre los transportes que no sean emergencias para servicios médicos, dentales y otras citas relacionadas con el cuidado de la salud. Si usted necesita transporte de rutina para cuidados fuera de emergencia, llame al 1-855-330-9131 (TTY 711), de 5:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes, o a <plan name> al <toll-free number> (TTY: <TTY number>).

Usted puede pedir transporte para cuidado de emergencia las 24 horas del día, 7 días de la semana. El transporte para cuidados fuera de emergencia debe programarse por lo menos 48 horas antes de su cita. [Plan should add additional information on accessing transportation services as needed.]

[Plan should provide additional information about getting transportation services, including emergency transportation, as well as any additional references, as applicable.]

# I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o si requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre

## I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

**La 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 embarazada en trabajo de parto, cuando:
  + no hay tiempo suficiente para transferirle a usted sin riesgo a la paciente 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 referido de su PCP.
* [Plan add if applicable: **Infórmenos tan pronto como pueda de su emergencia, asegúrese de informarle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona [plan may replace “otra persona” with “administrador de cuidados” or other applicable term] deberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar dentro de 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos.] [Plan 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**

[If the plan covers emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid, describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area. Plan must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

[The plan 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 [plan may insert reference, as applicable].

[If the plan offers 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 [plan may insert reference, as applicable] for more information.]

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los proveedores que le den cuidado de emergencia. Esos proveedores nos avisarán cuando termine su emergencia médica.

[Plan 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 nuestro plan. 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.

**Qué hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento**

[*Plan should provide applicable information about getting behavioral health emergency services.*]

**Obteniendo cuidado 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 proveedor 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 proveedor 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 “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener ese cuidado. (Lea la siguiente sección.)

## I2. Cuidado necesario de urgencia

**Definición de cuidado necesario de urgencia**

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado 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.

**Cuidado necesario de urgencia cuando está en el área de servicio del plan**

En la mayoría de los casos, cubriremos el cuidado necesario 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 el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

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

**Cuidado necesario de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan**

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

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro cuidado de emergencia o fuera de emergencia [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.

[If the plan has with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit, modify this section.]

## I3. 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 un 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), the plan is 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 para más información, lea el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable].

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

[If the plan has an arrangement with the State language may be added to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos [plan 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 [plan with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## J1. Qué hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan

[The plan may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-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 [*plan 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. Usted también tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico. También le dice cómo apelar una decisión de cobertura de un servicio. Usted también puede llamar a Servicios al miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

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.

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

## K1. 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 y otros proveedores prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los proveedores a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare [if the plan conducts or covers 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 de nuestro plan los cuidados que no tienen relación al estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, nonecesita obtener aprobación nuestra [if the plan does not use PCPs it may delete the rest of this sentence] ni de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, notienen que ser proveedores de la red.

[If applicable, plan should describe Medicaid’s role in providing coverage for clinical research studies.]

**Pero usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados deben comunicarse con Servicios al miembro.

## K2. Pago por servicios cuando 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.

[If the plan conducts or covers 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 forma parte de un estudio que Medicare [if the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]**no ha aprobado**, usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio.

[If applicable, plan should describe Medicaid’s role in paying for clinical research studies.]

## K3. 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 ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con problemas para oír o para hablar) deben llamar al teléfono 1-877-486-2048.

# L. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted obtiene cuidados de salud en una institución religiosa no médica

[If applicable, plan should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud

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

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

## L2. Obteniendo 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, este cuidado debe cumplir con 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 interno en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  + [*Omit this bullet if not applicable*]Deberá obtener aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

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

# M. Equipo médico duradero (DME)

## M1. DME como un miembro de nuestro plan

DMEse 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 artículos, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero (DME) que usted debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el equipo alquilado 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.]

[*Plan should modify this section as necessary to explain any additional Medicaid coverage of DME.*]

## M2. Apropiación de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas quienes alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo un plan 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 [plan may insert reference, as applicable]. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, lo puede obtener en el sitio de web de Medicare ([es.medicare.gov](http://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 a 1‑877-486‑2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme al Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos continuos establecido por el plan Medicare Advantage, para poder ser propietario del DME si:

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

Si hizo pagos por el DME bajo Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos hechos a Medicare Original o el plan 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 nuevos pagos continuos establecido por el plan 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 Medicare Advantage.

## M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted miembro de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

* Alquiler de equipos de oxígeno
* Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno será devuelto a su propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

## M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si usted necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos y **abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si **transcurridos los 36 meses de alquiler** usted siguiera necesitando el equipo de oxígeno por razones médicas:

* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.

Si **transcurrido el período de 5 años** usted siguiera necesitando el equipo de oxígeno por razones médicas:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* empieza un nuevo período de 5 años.
* se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
* su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si usted necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos y **abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.