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 de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le proporciona información sobre su administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los 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 and section. For example, "refer to Chapter 9, Section A." 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 contenidos

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red” 4](#_Toc170824798)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 4](#_Toc170824799)

[C. Información sobre su equipo para el cuidado de salud y su administrador de cuidados 6](#_Toc170824800)

[C1. Qué es la administración de cuidado de salud 7](#_Toc170824801)

[C2. Cómo contactar con su administrador de cuidados 7](#_Toc170824802)

[C3. Cómo interactuar con su administrador de cuidados y su equipo para el cuidado de salud 7](#_Toc170824803)

[C4. Cómo cambiar a su administrador de cuidados 7](#_Toc170824804)

[D. Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 7](#_Toc170824805)

[D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario 7](#_Toc170824806)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc170824807)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 8](#_Toc170824808)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 9](#_Toc170824809)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc170824810)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc170824811)

[G. Cómo obtener servicios de transporte 10](#_Toc170824812)

[G1. Cómo obtener servicios de transporte 10](#_Toc170824813)

[H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 11](#_Toc170824814)

[H1. Cuidados en caso de emergencia médica 11](#_Toc170824815)

[H2. Cuidado necesario de urgencia 13](#_Toc170824816)

[H3. Cuidado en situaciones de desastre 13](#_Toc170824817)

[I. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted 14](#_Toc170824818)

[I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc170824819)

[J. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc170824820)

[J1. Definición de estudio de investigación clínica 15](#_Toc170824821)

[J2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc170824822)

[J3. Más información sobre estudios de investigación clínica 16](#_Toc170824823)

[K. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc170824824)

[K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc170824825)

[K2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc170824826)

[L. Equipo médico duradero (DME) 18](#_Toc170824827)

[L1. DME como miembro de nuestro plan 18](#_Toc170824828)

[L2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage 18](#_Toc170824829)

[L3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 19](#_Toc170824830)

[L4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 20](#_Toc170824831)

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

El término "servicios" incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los cuidados de salud y los servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por este plan se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

El término “proveedores” hace referencia a los médicos, enfermeros y otras personas que prestan servicios y cuidado. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado 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 aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si usted tiene que pagar parte de los costos de un centro de enfermería o servicios de excepción. Consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.

Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturarán directamente a nosotros por los medicamentos que usted reciba. [*Insert if members have $0 copays for all prescription drugs*: Cuando usted use una farmacia de la red, no pagará nada por sus medicamentos de receta.] [*Insert if members have copays*: Cuando usted use una farmacia de la red, solamente pagará el copago por sus medicamentos de receta.]Consulte el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.

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

<Plan name> cubre los servicios de cuidado de salud cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo.

<Plan name> pagará generalmente el costo del cuidado de salud y los servicios que usted reciba si sigue las reglas del plan indicadas a continuación. Para estar cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Consulte el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre los beneficios cubiertos y ver la Tabla de beneficios del plan.
* El cuidado debe ser **médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que es razonable que usted necesite los servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que deba ir a un hospital o un hogar para personas de la tercera edad. También implica que los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos cumplen con los estándares aceptados en el ejercicio de la medicina.
* El cuidado que reciba debe tener la autorización previa de <plan name> cuando sea necesario. Para algunos servicios, su proveedor debe enviar información a <plan name> y pedir aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se llama autorización previa (PA). Consulte la tabla en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.
* Usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de cuidado primario (PCP)** y se encargue de gestionar su cuidado médico. Si bien no necesita la aprobación (que se denomina *referido*) de su proveedor de cuidado primario (PCP) para acudir a otros proveedores, es importante que se comunique con su PCP antes de ver a un especialista o después de una visita al departamento de urgencias o emergenciasEsto permite que su PCP gestione su cuidado de manera que usted obtenga los mejores resultados.
* Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la sección <section letter>.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan (proveedores fuera de la red). A continuación le mostramos algunos casos en los que esta 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 lo que se considera emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección H,.
* Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener este cuidado de proveedores fuera de la red. [*Plans must specify whether authorization must be obtained from the plan prior to seeking care.*] En este caso, cubriremos el cuidado [*insert as applicable:* como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red ***or*** sin ningún costo para usted]. Para saber más acerca de la aprobación para consultar a un proveedor que no se encuentra en la red, diríjase a la sección D.
* El plan cubre servicios que recibió fuera de la red proporcionados por centros de salud federales acreditados, clínicas rurales de salud, [y] proveedores de planificación familiar acreditados, mencionados en el *Directorio de proveedores y farmacias* [*insert if the plan does not directly or indirectly contract with these entities and they are in the service area*: [y] enfermeros de práctica avanzada certificados [y] enfermeros parteros certificados].
* Si usted está recibiendo servicios de excepción de asistencia con la vida diaria o de un centro de enfermería a largo plazo de un proveedor fuera de la red a la fecha en que se convierte en miembro del plan, puede seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
* El plan cubre servicios de diálisis renal cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare. [Insert as applicable: El costo compartido que usted pague por servicios de diálisis no deberá superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener dichos servicios de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio, el costo compartido para los servicios de diálisis podría ser mayor].
* Si es nuevo en nuestro plan, puede continuar usando los proveedores de su plan actual durante un período de tiempo posterior a la inscripción. Para obtener más información, lea el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable] de este manual y su Carta al nuevo miembro.
* [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# Información sobre su equipo para el cuidado de salud y su administrador de cuidados

Su equipo para el cuidado de salud incluye [plans should describe the care team as appropriate to the plan, making sure to emphasize that the member and family are part of the team. Also explain that the care team may ask the member questions to learn more about their condition, and provide information to help the member understand how to care for their self and how to access services, including local resources].

Su administrador de cuidados lo ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios. Dicho administrador trabajará con su equipo para el cuidado de salud para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita. [Plans should provide applicable information about care management, including explanations for the following subsections:]

## C1. Qué es la administración de cuidado de salud

## C2. Cómo contactar con su administrador de cuidados

## C3. Cómo interactuar con su administrador de cuidados y su equipo para el cuidado de salud

## C4. Cómo cambiar a su administrador de cuidados

# Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado.

### Definición de “PCP” y qué hace un PCP

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

Qué es un PCP

Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP [Plans must indicate at a minimum: family practice, internal medicine, general practice, OB/GYN, geriatrics, pediatrics, CNP, and physician assistant. Ohio allows certain specialists to act as a PCP; plans must inform members of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]

Funciones de un PCP:

* coordinar los servicios cubiertos
* decidir sobre la obtención de PA u obtener dicha autorización, si es aplicable

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

### Cómo elegir un PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.]

### Posibilidad de cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo. Puede cambiar su PCP por otro PCP de la red [insert how frequently a member may change their PCP (must be at least monthly)]. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene actualmente abandona 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.). Plans should also describe how the plan will provide written confirmation to the member of any new PCP selection prior to or on the effective date of the change.]

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

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

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

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

La función del PCP (si la tiene) a la hora de referir a los miembros a especialistas y otros proveedores

El proceso para obtener una PA o certificación previas [Plans explain that PA means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug *or using an out-of-network provider and including i*nformation about which plan entity makes the PA decision (e.g., Medical Director, the plan, the PCP, or another entity.)]

El responsable de obtener la PA [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for information about which services require PA.]

Si el hecho de elegir un PCP en concreto significa que usted solo tendrá acceso al grupo de especialistas u hospitales a los que ese PCP refiere [For example, plans include information about subnetworks or referral circles].]

## D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

[Plans may edit this section if they are obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Puede ocurrir 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, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
* Si su proveedor abondona nuestro plan, se lo notificaremos para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  + Si su proveedor de cuidado primario o proveedor de servicios de salud del comportamiento abandona el plan, se lo notificaremos en caso de que haya recibido servicios de dicho proveedor dentro de los últimos tres años.
  + Si alguno de sus otros proveedores abandona el plan, se lo notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, si está recibiendo cuidados de parte del mismo o si ha recibido asistencia del mismo en los últimos tres meses.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, usted tiene derecho a pedir que este no sea interrumpido y nosotros trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de ese tratamiento o terapia médicamente necesario.
* Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones para cambiar de plan.
* Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste el cuidado que necesita, en caso de que no haya un proveedor o beneficio de la red disponible o adecuado a sus necesidades médicas. [*Plans should indicate if prior authorization is needed.*]
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo proporcionado correctamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [*plans may insert a reference, as applicable*] para obtener más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su cuidado. [Plans should provide contact information for assistance.]

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

[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), including policies regarding access to providers outside the service area for non-emergency services and, if applicable, access to providers within and/or outside the service area for non-emergency after hours services. Describe the process for getting authorization if applicable, including who is responsible for getting it.]

Si acude a un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare y/o Medicaid.

* No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o Medicaid.
* Si acude a un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare.

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

[Plans should provide applicable information about getting LTSS.]

# Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

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

# Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide applicable information about getting transportation services including the following subsection:]

## G1. Cómo obtener servicios de transporte

[*Plans should provide the following information:*

* número de teléfono a llamar
* requisitos de notificación previa
* tipo de cita disponible para el transporte
* tipo de transporte brindado]

Además de la asistencia con el transporte que provee <plan name>, también puede obtener asistencia con el transporte para ciertos servicios a través del programa de transporte regular (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de Trabajo y Servicios para Familias del condado.

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## H1. Cuidados en caso de emergencia médica

### Definición de emergencia médica

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

* riesgos graves para su salud o, si está embarazada, la del feto; **o**
* daños graves a las funciones corporales; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
* en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
* no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz.
* un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

### Qué hacer en caso de emergencia médica

Si tiene usted una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos, u a otro establecimiento apropiado. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted no necesita obtener primero una aprobación o un referido de su PCP ni de <plan name>. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios [*Insert as applicable*: o en cualquier parte del mundo] de cualquier proveedor con la debida licencia del estado.
* Asegúrese de decirle a su proveedor que usted es miembro de <plan name>. Muéstrele al proveedor su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>.
* **Lo más pronto posible, comunique a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más [plans may replace “someone else” with “your care manager” or other applicable term] deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. Además, si lo internan en el hospital, asegúrese de que llamen a <plan name> dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo. [Plans must either provide the toll-free phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back the of plan’s Member ID Card).]

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable].

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán dándole tratamiento y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor.

[*Plans may modify this paragraph as needed to address their post-stabilization care.*]Si el proveedor que lo trata por la emergencia se ocupa de la situación de emergencia, pero piensa que usted necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el proveedor debe llamar a [*insert plan specific information for post stabilization services*]*.* Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. Si recibe cuidados de emergencia de proveedores que no se encuentran en la red, intentaremos que los proveedores de la red comiencen a atenderlo lo antes posible.

### Qué hacer en caso de una emergencia de salud del comportamiento

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

### Qué ocurre si recibe cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud o la salud de su feto corrían un grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, solo cubriremos el cuidado adicional si:

* usted utiliza 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. (Consulte la siguiente sección).

## H2. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar o usted puede verse afectado por una lesión o afección imprevista.

### Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, solo cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red **y**
* sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder a un proveedor de la red, debido al momento, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado necesario 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.).]

### Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a 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 cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [*insert if plan covers emergency care outside of the United States or its territories:* que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.

[Plans that offer a supplemental benefit covering urgently needed care outside of the United States or its territories, modify this section to mention the benefit and refer members to Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for more information.]

## H3. Cuidado en situaciones de desastre

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

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: <URL>. [*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 PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.*]

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red [insert as applicable: abonando la cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted].Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

# Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted

Los proveedores deben facturarnos a nosotros por los servicios cubiertos que le proveen. Usted no debe recibir una factura del proveedor por los servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía a usted una factura por un servicio cubierto en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura. Llame a Servicios al miembro lo antes posible para darnos la información sobre la factura.

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

Si un proveedor o una farmacia quieren que usted pague por servicios cubiertos, si ya ha pagado por servicios cubiertos o si le han facturado servicios cubiertos, **consulte el Capítulo 7** [plans may insert reference, as applicable] **para saber qué hacer**.

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

<Plan name> cubre todos los servicios:

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

Si usted obtiene servicios no cubiertos por nuestro plan, **podría tener que pagar el costo total usted mismo**.

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

El Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión de cobertura del plan. Si necesita más información al respecto, también puede llamar a Servicios al miembro.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si no tiene la PA de <plan name> para sobrepasar ese límite, usted podría tener que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios al miembro para saber cuáles son los límites, si está cerca de alcanzarlos y lo que su proveedor debe hacer para pedir sobrepasar el límite si cree que es médicamente necesario.

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

## J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como ensayo clínico) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

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 quiera participar, y en el que usted manifiesta interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted puede seguir 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise y no necesita nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. El proveedor que le brinde asistencia como parte de la investigación nonecesariamente debe pertenecer a la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional (cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED)) y excepciones de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetas a autorización previa y otras reglas del plan.

[If applicable, plans should insert brief text about approval for, and voluntary member participation in, any clinical research studies Medicaid or the plan offers.]

**No obstante, le pedimos que nos avise antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados deberán ponerse en contacto con Servicios al miembro para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

## J2. Pago de 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 nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito 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. Eso incluye lo siguiente:

* 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 forma parte de un estudio que Medicare [plans that conduct or cover 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, plans should describe Medicaid’s role in paying for clinical research studies.]

## J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” 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), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

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

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

Una institución religiosa no médica de cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidados 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 de cuidados de salud.

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

## K2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados 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 de carácter voluntario y no exigido por la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo aquel 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 recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho 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 le son proporcionados en sus instalaciones, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
* Usted debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
* [*Omit this bullet if not applicable*] Antes de ser internado en la institución, deberá obtener aprobación de nuestro plan. De lo contrario, 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.]

# Equipo médico duradero (DME)

## L1. DME como miembro de nuestro plan

[Plans may modify this section to reflect the plan’s coverage of DME.]

El equipo médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para personas con diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), 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 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 cederemos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al miembro para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.]

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 Medicaid coverage of DME.]

## L2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage 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:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

* usted no se convirtió en propietario del 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 del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **los pagos realizados a Medicare Original o a Medicare Advantage no se descontarán de los pagos que tenga que hacer después de dejar nuestro plan**.

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
* No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

## L3. 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 cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

## L4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted 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**, el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario:

* 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**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* dará comienzo 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 el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted 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.