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 coordinador de cuidado de salud [Plans should replace the terms “care coordinator” with the term they use], 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, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 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 contenidos

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc77082186)

[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](#_Toc77082187)

[C. Información sobre su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc77082188)

[C1. Qué es un coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc77082189)

[C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc77082190)

[C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud 6](#_Toc77082191)

[D. Cuidados de proveedores de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores médicos de la red y fuera de la red 6](#_Toc77082192)

[D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario 6](#_Toc77082193)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc77082194)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 9](#_Toc77082195)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc77082196)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc77082197)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias) 11](#_Toc77082198)

[F1. Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan 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](#_Toc77082199)

[G. Cómo obtener servicios de transporte 12](#_Toc77082200)

[H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 12](#_Toc77082201)

[H1. Cuidados en caso de emergencia médica 12](#_Toc77082202)

[H2. Cuidado necesario de urgencia 14](#_Toc77082203)

[H3. Cuidado en situaciones de desastre 15](#_Toc77082204)

[I. Qué hacer si le facturan los servicios cubiertos por nuestro plan directamente a usted 15](#_Toc77082205)

[I1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 15](#_Toc77082206)

[J. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc77082207)

[J1. Definición de estudio de investigación clínica 16](#_Toc77082208)

[J2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 17](#_Toc77082209)

[J3. Más información sobre estudios de investigación clínica 17](#_Toc77082210)

[K. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 17](#_Toc77082211)

[K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 18](#_Toc77082212)

[K2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 18](#_Toc77082213)

[L. Equipo médico duradero (DME) 18](#_Toc77082214)

[L1. DME como miembro de nuestro plan 19](#_Toc77082215)

[L2. Derechos de propiedad sobre el DME al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage 19](#_Toc77082216)

[L3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 20](#_Toc77082217)

[L4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 20](#_Toc77082218)

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

El término “servicios” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, servicios de salud del comportamiento, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los cuidados de salud, los servicios de salud del comportamiento y los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 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 le 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, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

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. [Plans may delete the next sentence if it is not applicable.] Los proveedores de la red nos cobran directamente a nosotros el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted acuda a un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.

# 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 todos los 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 generalmente el costo del cuidado de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS 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**. 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 establecerse como **médicamente necesario**.Por “médicamente necesario”, nos referimos a que es razonable que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad, así como aquellos 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.] Para los servicios médicos, un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red debe haber solicitado previamente el cuidado o haberle dicho que acuda a otro doctor. Como miembro del plan, usted deberá escoger su PCP entre los proveedores de la red.
  + En la mayoría de los casos, [insert as applicable: su PCP de la red **or** nuestro plan] deberá dar previamente su aprobación para que usted pueda acudir a otro profesional o utilizar otros proveedores de la red del plan. Es lo que se conoce como un **referido**. Si usted no obtiene la aprobación, <plan name> podría no cubrir los servicios. Usted no necesita un referido para acudir a ciertos especialistas, como, por ejemplo, los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los referidos, consulte la página <page number>.
* [Insert if applicable: Los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico asociado. Esto significa que su PCP le dará referidos para especialistas y servicios que también están asociados con 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 de urgencia, o para ver a un proveedor de cuidado de salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin necesidad de un referido de su PCP. Para obtener más información al respecto, consulte la página <page number>.
  + Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página <page number>.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red** [insert if applicable: **asociados con el 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]. 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, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá 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 un proveedor de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página <page number>.
  + El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  + Al unirse al plan, usted podrá solicitar seguir acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, se nos exige que aprobemos esta solicitud si podemos establecer que usted tuvo una relación existente con el proveedor (consulte el Capítulo 1, página <page number>). Si aprobamos su solicitud, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante 12 meses, como máximo, por sus servicios. Durante ese plazo, su coordinador de cuidado de salud se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red [insert if applicable:que estén asociados con el grupo médico de su PCP]. Pasados los 12 meses, ya no cubriremos su cuidado de salud si continúa acudiendo a proveedores que no están en nuestra red [insert if applicable: y no están asociados con el grupo médico de su PCP].
* [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# Información sobre su coordinador de cuidado de salud

[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. Qué es un coordinador de cuidado de salud

[Example text: Un coordinador de cuidado de salud es un médico clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan brindando servicios de coordinación de cuidado de salud para usted.]

## C2. Cómo contactar con su coordinador de cuidado de salud

## C3. Cómo cambiar a su coordinador de cuidado de salud

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

## D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario

[**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 cuidado primario (PCP) que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado. [Insert if applicable: Los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo el grupo médico asociado.]

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

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

Qué es un PCP

Si corresponde, ¿qué es un grupo médico/IPA?

Qué tipo de proveedores pueden actuar como PCP [California allows specialists, including obstetricians-gynecologists, 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 autorización previa 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. 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 que usted quiera usar, es importante averiguar si están asociados con el grupo médico de su PCP. Usted puede ver en el Directorio de proveedores y farmacias o preguntar a Servicios al miembro de <plan name> si el PCP que usted quiere da referidos para ese especialista o usa ese hospital.]

**Posibilidad de cambiar de PCP**

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Si su PCP se retira de la red de nuestro plan, nosotros podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP que esté dentro de ella.

[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 que los PCP de nuestro plan están asociados con grupos médicos. Si usted cambia su PCP, posiblemente también cambie de grupo médico. Cuando pida el cambio, asegúrese de avisar a Servicios al miembro si está acudiendo a un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP. Servicios al miembro lo ayudará a garantizar que usted pueda continuar recibiendo sus cuidados especializados 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 acudir a otros proveedores. Esta autorización se denomina **referido**.Usted podrá obtener los siguientes servicios sin la autorización previa de su PCP:

* 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 le sea posible acceder a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).
* Servicios de diálisis renal en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre 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 y la COVID-19 [insert if applicable: así como vacunas contra la 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 exámenes del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Además, si usted cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, usted podrá acudir 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 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 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 using 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).]

El responsable de obtener la autorización previa [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 prior authorization.]

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 or circles.]]

## D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona 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.]

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.
* Haremos todo lo posible para avisarle con al menos 30 días de antelación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir que este no sea interrumpido y nosotros trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de ese tratamiento médicamente necesario.
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación.

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

[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 acude a un proveedor fuera de la red, dicho proveedor deberá cumplir los requisitos para poder participar en Medicare o Medi-Cal.

* No podemos pagar a proveedores que no cumplan los requisitos para participar en Medicare o Medi-Cal.
* 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)

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y Centros de Enfermería (NF). Los servicios pueden brindarse en su hogar, en su comunidad o en un centro. A continuación se describen los diferentes tipos de LTSS:

* **Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS):** Programa de servicios basados en una institución ambulatoria que ofrece cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, soporte y entrenamiento para la familia/persona que cuida al paciente, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si usted cumple con los criterios de elegibilidad aplicables.
* **Centro de Enfermería (NF):** Un centro que da cuidados a las personas que no pueden vivir en su hogar de manera segura, pero que no necesitan estar en el hospital.

Su coordinador de cuidado de salud lo ayudará a comprender cada programa. Para obtener más información sobre cualquiera de los programas, [insert contact information for care coordinator].

# Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tendrá acceso a servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios que estén cubiertos por Medicare y Medi-Cal. <Plan name> brinda acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. Los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medi-Cal no los brinda <plan name>, pero estarán disponibles para miembros de <plan name> elegibles 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. Qué servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal se brindan 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 especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (MHP) del condado si cumple con los criterios de necesidad médica de los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por [insert the names of the county entity(ies) responsible for delivering mental health and substance use disorder services] incluyen los siguientes:

* Servicios de salud mental (evaluación, terapia, rehabilitación, persona de apoyo y desarrollo de planes)
* Servicios de apoyo con los medicamentos
* Tratamiento intensivo de día
* Rehabilitación de día
* Intervención en caso de crisis
* Estabilización en caso de crisis
* Servicios de tratamiento residencial para adultos
* Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
* Servicios de centros de salud psiquiátrica
* Servicios de psiquiatría como paciente hospitalizado
* Gestión de casos específicos

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de [insert the name of the county entity responsible for delivering substance use disorder services] si cumple con los criterios de necesidad médica de medicamentos de Medi-Cal. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por [insert the name of the county entity responsible for delivering SUD services] incluyen los siguientes:

* Servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos
* Servicios de tratamiento residencial
* Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes externos
* Servicios de tratamiento por narcóticos
* Servicios de naltrexona para la dependencia de opioides

Además de los servicios de medicamentos de Medi-Cal indicados anteriormente, puede tener acceso a los servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios de necesidad médica.

[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.]

# Cómo obtener servicios de transporte

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

# 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 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 cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted **no** necesita obtener primero una aprobación o un referido de su PCP.
* [Plans add if applicable: **Lo más pronto posible, comunique a su 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 coordinator” or other applicable term] deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 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 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 cubre este servicio. Para obtener más información, consulte 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 coverageor 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 complementario para garantizar la mejoría de su problema de salud. Este cuidado complementario 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 antes posible.

**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 corría 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 visita a un proveedor de la red **o**
* el cuidado adicional que recibe 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 enfermedad, lesión o problema de salud repentino que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

**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 le es posible acceder a un proveedor de la red, 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.

[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 cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.

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

## 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: <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.]

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

[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 debe pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] la factura.

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

[Insert as applicable: Si ha pagado por servicios cubiertos **or** Si ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos] o si le han facturado [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos 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

[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 se establezca que son médicamente necesarios,
* 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, **tendrá 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 cubramos un servicio o artículo médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión de cobertura nuestra. Si necesita más información al respecto, también puede llamar a Servicios al miembro.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa ese 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.

# Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted 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. Para estos estudios se solicita la participación de voluntarios. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de cuidado de salud o medicamento funciona y si es seguro.

Una vez que Medicare [plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan] haya aprobado el estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y averiguará 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 un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación [plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence] ni la de su proveedor de cuidado primario. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio *no* tienen que ser proveedores de la red.

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

Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidado de salud 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.

## 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

## 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.

Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará los servicios de cuidado de salud no médico proporcionado solamente por instituciones religiosas no médicas de cuidados de salud.

## 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 nuestra aprobación. 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

Se consideran Equipo Médico Duradero (DME) determinados artículos que puede solicitar un proveedor para que usted los use en su casa, como, por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para diabéticos, 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.]

[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. 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 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2022*. 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 a su propietario 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.