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

Introducción

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le dice cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del participante*.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page1.." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[The 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 contenidos

[A. Cómo pedirle a <plan name> que pague por sus servicios, artículos o medicamentos 2](#_Toc77263739)

[B. Cómo enviar una petición de pago 4](#_Toc77263740)

[C. Decisiones de cobertura 5](#_Toc77263741)

[D. Apelaciones 6](#_Toc77263742)

# Cómo pedirle a <plan name> que pague por sus servicios, artículos o medicamentos

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

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

* Si los servicios, artículos o medicamentos están cubiertos, <plan name> le pagará directamente al proveedor.
* Si los servicios, artículos o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, está en su derecho de pedir el reembolso.
* Si el servicio, artículo o medicamento **no** está cubierto, <plan name> o su IDT se lo dirá. Usted puede apelar la decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, Servicios al participante puede ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya envió a <plan name> o a su IDT.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) también puede darle información gratuita y proveerle asistencia sobre la cobertura y derechos del plan FIDA-IDD. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).

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

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

Debe pedir al proveedor que envíe la factura a <plan name>.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas a <plan name>. Muestre su tarjeta de identificación de participante de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que la cantidad de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame a Servicios al participante si recibe facturas**.

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

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

Si usted acude a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

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

1. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no lleva su tarjeta de identificación de participante

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de participante, pida a la farmacia que llame a <plan name> o que busque su información de inscripción en el plan.

* Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
* Envíe a <plan name> o a su IDT una copia de su recibo cuando pida que <plan name> le devuelva lo que usted pagó.

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

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

* Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de <plan name> o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
* Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede pedir una decisión de cobertura de <plan name> o su IDT (consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).
* Si usted y su médico u otro profesional autorizado creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida de <plan name> o su IDT (consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).
* Envíe a <plan name> o a su IDT una copia de su recibo cuando pida que <plan name> le devuelva lo que usted pagó. En algunos casos, <plan name> o su IDT podrían necesitar más información de su médico u otro profesional autorizado para que <plan name> pueda devolverle lo que pagó por su medicamento.

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

Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

# Cómo enviar una petición de pago

[The plan may edit this section to include a second address if it uses different addresses for processing health care and drug claims.]

[The plan may edit this section as necessary to describe its claims process.]

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

[If the plan has developed a specific form for asking for payment, insert the following language: Para asegurarnos de que le proporciona a <plan name> o a su IDT toda la información necesaria para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para pedir la devolución del pago.

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

[If the plan has different addresses for Part C and Part D claims, modify this paragraph as needed and include the additional address.] Envíe su petición de reembolso junto con las facturas o recibos a esta dirección:

[Insert address.]

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

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

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

# Decisiones de cobertura

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

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

Para obtener más información sobre las reglas para pedir la cobertura de sus servicios, consulte el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable]. Para obtener más información sobre las reglas para que la Parte D de Medicare cubra sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable].

* Si <plan name> o su IDT deciden que el plan no debe pagar por el servicio, artículo o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

# Apelaciones

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

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable].

* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio o artículo, aconsulte la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, consulte la página <page number> [plan may insert reference, as applicable].
* ICAN también puede darle información y ayuda gratuita con cualquier apelación que haga con <plan name>. Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800).