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 dice sobre su administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y bajo cuáles circunstancias especiales (incluyendo cuidado de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Tabla de Contenido

[A. Información sobre los “servicios,” “servicios cubiertos,” “proveedores,” “proveedores de la red” y “farmacias de la red” 4](#_Toc47512671)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos por el plan 4](#_Toc47512672)

[C. Información sobre su equipo de cuidados y administrador de cuidados 6](#_Toc47512673)

[C1. Lo que es un administrador de cuidados 6](#_Toc47512674)

[C2. Cómo usted puede comunicarse con su administrador de cuidados 6](#_Toc47512675)

[C3. Cómo usted interactuará con su administrador de cuidados y el equipo de cuidados 6](#_Toc47512676)

[C4. Cómo usted puede cambiar su administrador de cuidados 6](#_Toc47512677)

[D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 7](#_Toc47512678)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario 7](#_Toc47512679)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 7](#_Toc47512680)

[D3. Qué hacer cuando un proveedor se retira de nuestro plan 8](#_Toc47512681)

[D4. Cómo obtener cuidados de un proveedor fuera de la red 9](#_Toc47512682)

[E. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 9](#_Toc47512683)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 9](#_Toc47512684)

[G. Cómo obtener servicios de transportación 9](#_Toc47512685)

[G1. Cómo obtener servicios de transportación 9](#_Toc47512686)

[H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica necesaria de urgencia o durante un desastre 10](#_Toc47512687)

[H1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 10](#_Toc47512688)

[H2. Cuidado necesario de urgencia 12](#_Toc47512689)

[H3. Cuidados durante un desastre 13](#_Toc47512690)

[I. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 13](#_Toc47512691)

[I1. Qué hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 13](#_Toc47512692)

[J. Cobertura de servicios de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 14](#_Toc47512693)

[J1. Definición de un estudio de investigación clínica 14](#_Toc47512694)

[J2. Pagos por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc47512695)

[J3. Más información sobre estudios de investigación clínica 15](#_Toc47512696)

[K. Cómo sus servicios de salud son cubiertos cuando usted obtiene cuidados en una institución no médica para cuidados de salud 15](#_Toc47512697)

[K1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 16](#_Toc47512698)

[K2. Obteniendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 16](#_Toc47512699)

[L. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 17](#_Toc47512700)

[L1. DME como miembro de este plan 17](#_Toc47512701)

[L2. Apropiación de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 17](#_Toc47512702)

[L3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 18](#_Toc47512703)

[L4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 18](#_Toc47512704)

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

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

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

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, usted no paga 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 exención. Lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para más información.

Lasfarmacias de la red son farmacias que acordaron a surtir las recetas de nuestros miembros del plan. Las farmacias de la red nos facturarán directamente a nosotros por los medicamentos que usted recibe. [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.] Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para más información.

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

<Plan name> cubre servicios 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 por lo general el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas a continuación. Qué será cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**.Lea el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para información sobre los beneficios cubiertos, incluyendo la Tabla de Beneficios del plan.
* El cuidado debe ser **médicamente necesario**.Médicamente necesario significa servicios, suministros, o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar para personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
* El cuidado que usted recibe debe ser pre-autorizado por <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. Lea el cuadro en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] para más información.
* Usted debe elegir a un proveedorde la red como su **proveedor de cuidado primario (PCP)** para que administre sus cuidados médicos. A pesar de que usted no necesita una aprobación (mejor conocido como referido) de su PCP para ver a otros proveedores, es importante que llame a su PCP antes de ver a un especialista o después de tener una visita urgente o de emergencia. Esto permite que su PCP administre su cuidado de manera que usted obtenga los mejores resultados.
  + Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página <page number>.
* **Usted debe recibir cuidados de salud de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan (un proveedor fuera de la red). En los siguientes casos esta regla no aplica:
  + El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o cuidado necesario de urgencia, lea la Sección I, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. [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 proveedores de la red **or** sin ningún costo para usted]. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la Sección D, página <page number>.
  + El plan cubre servicios que recibió fuera de la red que sean 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] enfermeras practicantes certificadas [y] enfermeras parteras certificadas].
  + Si usted está recibiendo una exención para servicios de asistencia con la vida diaria o un centro de enfermería a largo plazo, de un proveedor fuera de la red, durante o antes de la fecha en que usted se convierte en miembro del plan, usted puede seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
  + El plan cubre servicios de diálisis cuando esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  + Si usted es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda seguir viendo a sus proveedores actuales, que están fuera de la red, por un período de tiempo después de inscribirse. Esto se llama “periodo de transición.” Para más información, lea el Capítulo 1 [plans may insert reference, as applicable] de este manual y la Carta de miembro nuevo.
  + [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# C. Información sobre su equipo de cuidados y administrador de cuidados

Su equipo de cuidados 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 his/her condition, and provide information to help the member understand how to care for his/her self and how to access services, including local resources].

Su administrador de cuidados le ayuda a coordinar a todos sus proveedores y servicios. Él o ella trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse que usted reciba los cuidados que necesita. [Plans should provide applicable information about care management, including explanations for the following subsections:]

## C1. Lo que es un administrador de cuidados

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

## C3. Cómo usted interactuará con su administrador de cuidados y el equipo de cuidados

## C4. Cómo usted puede cambiar su administrador de cuidados

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

## D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario

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

### Definición de un PCP y lo que hace un PCP

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

Lo que es un PCP

Qué clase de proveedores pueden ser 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.]

La función de un PCP en su plan

* Coordinando servicios cubiertos
* Tomando decisiones sobre u obteniendo una autorización previa, si es aplicable

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

### Su elección de PCP

[Plans must describe how to choose a PCP.]

### Su opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo. Usted 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. Si su proveedor se retira de nuestro plan, nosotros podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo.

[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. A continuación mencionamos algunos ejemplos:

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

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

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

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

Quién es responsable de obtener una 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 la selección de un PCP resulta en ser limitado a un 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 se retira de 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.]

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

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

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

## D4. Cómo obtener cuidados de un proveedor 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 visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.

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

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

[Plans should provide applicable information about getting LTSS.]

# F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

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

# G. Cómo obtener servicios de transportación

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

## G1. Cómo obtener servicios de transportación

[*Plans should provide the following information:*

* número de teléfono a llamar
* requisitos de notificación previa
* tipo de cita disponible para la transportación
* tipo de transportación proveída]

Además de la asistencia con el transporte que provee <plan name>, usted todavía puede obtener asistencia con transporte para ciertos servicios a través del Programa de transporte de no-emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita asistencia con los servicios de NET, llame al Departamento de trabajo y servicios de familias del condado.

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

## H1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

### Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La enfermedad es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata, usted o alguien con conocimientos medianos de salud y medicina podría esperar que esa enfermedad cause:

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

### Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo más pronto posible**. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano, u otro establecimiento apropiado. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted no tiene que obtener primero una aprobación o un referido de su PCP o <plan name>.
* Asegúrese de decirle a su proveedor que usted es miembro de <plan name>. Muéstrele su tarjeta de identificación de miembro de <plan name>.
* **Apenas pueda,** **asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia**. Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona [plans may replace “otra persona” with “su administrador de cuidados” or other applicable term] debe llamarnos para avisarnos de sus cuidado de emergencia, generalmente en un máximo de 48 horas. Además, si lo internan en el hospital, asegúrese de que llamen a <plan name> en 48 horas. [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

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

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

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

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

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

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

### Obteniendo cuidado médico si no era una emergencia médica

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

No obstante, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional, sólo si:

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

## H2. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

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

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

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

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

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

[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 está fuera del área de servicio del plan

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

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

[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. Cuidados durante un desastre

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

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

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

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

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 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.

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

Si un proveedor o farmacia quiere que usted pague por servicios cubiertos, o usted ya pagó por servicios cubiertos o recibió una factura por servicios cubiertos, **lea el Capítulo 7** [plans may insert reference, as applicable] **para saber qué hacer**.

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

<Plan name> cubre todos los servicios:

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

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

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

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

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si usted no tiene una aprobación previa de <plan name> para sobrepasar ese límite, es probable que tenga 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.

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

## J1. Definición de un estudio de investigación clínica

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

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

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener aprobación nuestra ni 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.

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

**Pero, usted debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados debe comunicarse con Servicios al miembro para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

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

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

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

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

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

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

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

Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente hospitalizado 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 de cuidado de salud no médica religiosa.

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

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

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

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

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

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

# L. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

## L1. DME como miembro de este plan

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

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

Usted siempre será dueño de ciertos elementos, como las prótesis.

En esta sección, discutimos DME que debe alquilar. Como miembro de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows ownership: por lo general] el equipo rentado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo rente.

[*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 algunas situaciones, transferimos la propiedad de DME a su nombre. Llame a servicio al miembro para recibir información sobre los requerimientos que debe tener y la evidencia quedeberá presentar.]

[*If the plan never**allows transfer of ownership to the member (except as noted above, for example, for prosthetics), insert:* Incluso, si usted ha tenido DME por más de 12 meses consecutivos, anted de llegar a nuestro plan, bajo Medicare, usted aún así no sería dueño del equipo.]

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

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

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

**Nota:** Puede encontrar definiciones de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, lo puede obtener en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/)) o llamando al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberían llamar a 1‑877‑486‑2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos, bajo Medicare Original o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, para ser dueño del equipo si:

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

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

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

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

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

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

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

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

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