Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que usted haya recibido por servicios 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 miembro.

[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits. Plans may not revise the chapter or section headings except as indicated.]

[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. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 2](#_Toc106183325)

[B. Cómo evitar problemas de pago 4](#_Toc106183326)

# Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

[Plans with drug copays insert: Excepto cuando usted deba un copago por un medicamento, usted no debería recibir facturas por servicios o medicamentos recibidos dentro de la red.] [Plans with no drug copays insert: Usted no debería recibir facturas por servicios o medicamentos recibidos dentro de la red.] Nuestros proveedores de la red deben enviar al plan los cobros por los servicios o medicamentos que usted ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

[Plans with drug copays insert: **Si recibe facturas por** [plans with cost sharing insert: **el costo completo por**] **cuidados de salud o medicamentos, excepto las facturas por copagos para medicamentos que usted debe, llame a Servicios al miembro o mándenos la factura.**] [Plans with no drug copays insert: **Si recibe facturas por cuidados de salud o medicamentos, llame a Servicios al miembro o mándenos la factura.**] Para enviarnos una factura, consulte la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

* Si no pagó la factura, le pagaremos directamente al proveedor si los servicios o medicamentos están cubiertos y si usted siguió las reglas del *Manual del miembro*.
* Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó [*plans with cost sharing insert:* más de su parte del costo*; plans with no cost sharing*, *insert:* la factura] y siguió las reglas del *Manual del miembro*, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
* Si el servicio o medicamento **no** está cubierto, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al miembro [insert if appropriate: o con su administrador de cuidados]. Si [plans with drug copays insert: recibe una factura por copagos de un medicamento que usted cree que no debe, o si] recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con una petición de reembolso que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan que lo ayude con un pago que haya hecho o una factura que haya recibido:

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

Usted siempre debería decirle al proveedor que es miembro de <plan name> y pedirle al proveedor que le cobre al plan.

* Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, puede pedir que se le devuelva la cantidad total. Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Puede que reciba una factura del proveedor pidiendo un pago que estén no tiene que pagar. Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si es necesario pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
* Si usted ya pagó por el servicio, trabajaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado [plans with drug copays insert: excepto por copagos por medicamentos que usted deba].

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan por los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de identificación de miembro 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 miembro si recibe facturas.**

* [*Plans with no cost sharing, insert:* 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.]
* [*Plans with cost sharing, insert*: Como miembro de <plan name>, solo debe pagar los copagos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores le cobren más de esa cantidad, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.]
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
* Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. Nos comunicaremos con el proveedor para que le devuelvan lo que haya pagado por los servicios cubiertos [*plans with drug copays insert:* excepto por copagos por medicamentos que usted deba].

1. **Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta en un caso de emergencia**

* Cubriremos los medicamentos de receta surtidos en farmacias fuera de la red solamente en casos de emergencia. [Plans must provide examples for emergency coverage of drugs at out-of-network pharmacies consistent with Medicare and Medicaid requirements.]

Usted siempre puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> [insert if appropriate: o a su administrador de cuidados al <phone number>] si le piden que pague por servicios, recibe una factura o tiene preguntas. Puede usar el formulario de la página [*insert the page number for the appeal/grievance form*] o pedir a Servicios al miembro que le manden el formulario, si quiere mandarnos la información sobre la factura. También puede mandar la información a través de nuestro sitio web [*insert the website address – using a direct link if possible – to the page that explains how a member can submit the issue or ask for a copy of the form via the web*].

# Cómo evitar problemas de pago

1. **Usted siempre tiene que preguntarle al proveedor si el servicio está cubierto por <plan name>.**

Excepto en una emergencia o situación de urgencia, no pague por los servicios a menos que le haya pedido una decisión de cobertura a <plan name> (consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]), si recibió una decisión final diciendo que el servicio no está cubierto, y decidió que usted todavía quiere recibir el servicio, a pesar de que el plan no lo cubra.

1. **Reciba una aprobación del plan antes de acudir a un proveedor fuera de la red.**

* Excepciones a esta regla son:
  + si usted necesita servicios de emergencia o cuidado de urgencia fuera de la red, **o**
  + si recibe servicios en un Centro de salud federal acreditado, una Clínica de salud rural, [y] proveedores de planificación familiar acreditados que están en el *Directorio de proveedores y farmacias* [*insert as applicable:*, y enfermeras profesionales certificadas y enfermeras parteras certificadas].
* Si recibe cuidados de un proveedor fuera de la red, pídale al proveedor que facture a <plan name>.
  + Si el proveedor fuera de la red está aprobado por <plan name>, usted no debe pagar nada.
  + Si el proveedor fuera de la red no quiere mandar la factura a <plan name> y usted paga por el servicio, llame a Servicios al miembro inmediatamente para hacérnoslo saber.
* Recuerde que, en la mayoría de los casos, deberá obtener la aprobación del plan antes de usar un proveedor que no se encuentre dentro de la red. Por lo tanto, a menos que usted tenga una emergencia o necesite cuidado de urgencia, esté en el período de transición o el proveedor no requiere una aprobación previa (PA), como mencionamos arriba, es probable que no paguemos por los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene consultas acerca de su período de cuidado de transición, si necesita aprobación para usar un determinado proveedor o si necesita ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red, llame a Servicios al miembro.

1. **Siga las reglas del *Manual del miembro* cuando reciba servicios.**

Consulte el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para entender las reglas sobre cómo obtener cuidados de salud, salud del comportamiento y otros servicios. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para entender las reglas sobre cómo obtener medicamentos de receta como paciente externo.

1. **Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar proveedores de la red.**

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede llamar a Servicios al miembro para pedir una copia o vaya al sitio web <web address> para la información más actualizada.

1. **Siempre tenga con usted su tarjeta de identificación de miembro y muéstrela al proveedor o farmacia cuando reciba cuidados.**

Si se olvidó su tarjeta de identificación de miembro, pídale al proveedor que [*insert what the provider can do to verify eligibility*]. Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios al miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.