Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [plan with cost sharing, insert: nuestra parte de] 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*.

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

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

[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 pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 2](#_Toc170146892)

[B. Cómo enviar una petición de pago 5](#_Toc170146893)

[C. Decisiones de cobertura 5](#_Toc170146894)

[D. Apelaciones 6](#_Toc170146895)

# Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

[If the plan has cost sharing delete the next sentence.] Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben enviar al plan de salud los cobros por los servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si recibe una factura por** [if the plan has cost sharing insert: **el costo total de**] **servicios o medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte la sección <section letter> [plan may insert reference, as applicable].

* Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
* Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó [plan with cost sharing, insert:más de su parte del costo; plan with no cost sharing, insert: la factura], está en su derecho de pedir el reembolso.
* Si el servicio o medicamento **no** está cubierto, se lo diremos.
* Si usted recibe servicios y respaldos a largo plazo, es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. Esto se denomina “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al miembro [insert if appropriate: o con su administrador de cuidados]. Si [plan with cost sharing insert: no sabe lo que debería haber pagado 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 le devuelva un pago que usted haya hecho o que le pague 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

Debe pedir al proveedor que le envíe la factura al plan.

* Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos devolverle el dinero [plan with cost sharing, insert: de nuestra parte del costo]. 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 [plan with cost sharing, insert: más que su parte del costo] por el servicio, nosotros [plan with cost sharing, insert: calcularemos cuánto debe] y le devolveremos [plan with cost sharing, insert: nuestra parte del costo].

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. 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.**

* [Plan 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.]
* [Plan 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 [plan with cost sharing insert: que usted crea que es más de lo que debería pagar], envíenos la factura. Contactaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Sin embargo, si usted recibe servicios y respaldos a largo plazo, es posible que tenga que pagar parte del costo de los servicios. Esto se denomina “costo compartido” y Rhode Island Medicaid determina la cantidad.
* Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, [plan with cost sharing, insert: pero cree que pagó demasiado,] envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado [insert as appropriate: por los servicios cubiertos **or** por la diferencia entre la cantidad que haya pagado y la cantidad que debía pagar de acuerdo con el plan].

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

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

* Solo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado [plan with cost sharing, insert: por nuestra parte del costo].
* Consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
* Podríamos no reembolsarle la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que le pagaríamos y el monto que pagaríamos si lo hubiera comprado en una farmacia de la red.

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

Si usted no lleva su tarjeta de identificación de miembro, pida a la farmacia que llame al plan 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.
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado [plan with cost sharing, insert: por nuestra parte del costo].
* Podríamos no reembolsarle el costo total que pagó si el precio en efectivo pagado es mayor que nuestro precio negociado para ese medicamento de receta.

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*) del plan 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 (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 (consulte el Capítulo 9 [plan may insert reference, as applicable]).
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico u otro profesional autorizado para poder devolverle lo que pagó por [plan with cost sharing, insert: nuestra parte del costo de] su medicamento. Podríamos no reembolsarle el costo total que pagó si el precio pagado es mayor que nuestro precio negociado para ese medicamento de receta.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su petición y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por [insert if the plan has cost sharing: nuestra parte de] su servicio o medicamento. Si rechazamos su petición de pago, usted puede apelar nuestra 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 they use different addresses for processing health care and drug claims.]

[Plan may edit this section as necessary to describe their claims process.]

Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que haya hecho. 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.** [Plan that has a care manager inserts: Puede pedirle ayuda a su administrador de cuidados.]

[If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language: Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información que necesitamos 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, nos ayudará a procesar la información más rápido.
* Usted puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (<URL>) o puede llamar a Servicios al miembro 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:

<address>

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

También puede llamar a nuestro plan para pedir el reembolso.] [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 recibamos su petición de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el servicio o medicamento está o no cubierto por el plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el servicio o el medicamento.

* Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
* Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, le pagaremos [plan with cost sharing, insert: nuestra parte]. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por [insert as applicable: lo que pagó **or** nuestra parte del costo]. Si pagó el costo total de un medicamento, podría no recibir el reembolso del monto total pagado (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que el nuestro precio negociado para ese medicamento). Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos 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 decidimos no pagar por [plan with cost sharing, insert: nuestra parte de] su servicio 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 cree que nos equivocamos al rechazar su petición de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama apelar. También puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

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 de cuidado de salud, vaya a la sección <section letter> [plan may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, vaya a la sección <section letter> [plan may insert reference, as applicable].