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 médico y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le informa sobre su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para ser dueño de 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 “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc47516164)

[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](#_Toc47516165)

[C. Información sobre su [coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados *(plan’s preference)*] 6](#_Toc47516166)

[C1. Qué es un [coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados *(plan’s preference)*] 6](#_Toc47516167)

[C2. Cómo usted puede comunicarse con su [coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados *(plan’s preference)*] 6](#_Toc47516168)

[C3. Cómo usted puede cambiar su [coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados *(plan’s preference)*] 6](#_Toc47516169)

[D. Cuidados de su proveedor de cuidado primario, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 6](#_Toc47516170)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidado primario (PCP) 7](#_Toc47516171)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc47516172)

[D3. Qué hacer si un proveedor se retira de nuestro plan 9](#_Toc47516173)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 9](#_Toc47516174)

[E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc47516175)

[F. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc47516176)

[G. [*If applicable plans should add:* Cómo obtener cuidados autodirigidos] 11](#_Toc47516177)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 11](#_Toc47516178)

[G2. Quién puede recibir cuidados autodirigidos *(Note: This is limited to waiver populations, per the Plan Benefit Package.)* 11](#_Toc47516179)

[G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (si se aplica) 11](#_Toc47516180)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 11](#_Toc47516181)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre 11](#_Toc47516182)

[I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 11](#_Toc47516183)

[I2. Cuidado necesario de urgencia 13](#_Toc47516184)

[I3. Cuidados durante un desastre 13](#_Toc47516185)

[J. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc47516186)

[J1. Qué hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc47516187)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc47516188)

[K1. Definición de un estudio de investigación clínica 15](#_Toc47516189)

[K2. Pagos por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc47516190)

[K3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas 16](#_Toc47516191)

[L. Cómo sus servicios de salud son cubiertos cuando usted recibe cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud 16](#_Toc47516192)

[L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 16](#_Toc47516193)

[L2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 17](#_Toc47516194)

[M. Equipo médico duradero (DME) 17](#_Toc47516195)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 17](#_Toc47516196)

[M2. Propiedad de DME cuándo usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 18](#_Toc47516197)

[M3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como miembro de nuestro plan 19](#_Toc47516198)

[M4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 19](#_Toc47516199)

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

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

Los proveedores son los médicos, enfermeras y otras personas que le dan 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 redson proveedores que trabajan con el plan de salud**.** Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago [insert if plan has cost sharing: y su parte del costo] 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, por lo general usted no debe pagar [insert as applicable: nada **or** solo su parte del costo] por los servicios cubiertos.

# 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 cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, y LTSS.

<Plan name> pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Qué será 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 ser **médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los servicios son razonables y necesarios:
* Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
* Para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme; **o**
* De alguna otra manera médicamente necesario bajo la ley de Medicare
* De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser:
* Esenciales para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento o aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor o sufrimiento, causen deformaciones físicas o mal funcionamiento o amenacen causar y agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad o deformación;
* Prestados en una institución apropiada al nivel apropiado de cuidados, para el tratamiento de su condición médica; **y**
* Prestados de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
* [*Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.*] Usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro doctor. Como miembro del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
* En la mayoría de los casos, [insert as applicable: el PCP de la red **or** nuestro plan] deberá aprobar que usted visite alguien que no es su PCP o use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama un **referido.** Si no recibe un referido, es posible que <plan name> no cubra los servicios. No necesita un referido para visitar a algunos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Para informarse más sobre los referidos, vaya a la página <page number>.
* Usted no necesitará un referido de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia o para ver a un especialista en salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener un referido de su PCP. Para informarse más al respecto, vaya a la página <page number>.
* Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la página <page number>.
* **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces 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 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 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 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 de diálisis cuando usted esté fuera del área de servicio del plan, durante un corto tiempo. Usted podrá obtener estos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
* Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante 180 días o hasta que hayamos terminado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si tiene que seguir viendo a sus proveedores fuera de nuestra red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos, solamente, esos cuidados si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un sólo caso. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y usted cree que éste tendría que firmar un acuerdo para un sólo caso para poder seguir tratándole, comuníquese con [plans must enter name of department or entity] al <phone number>.

# C. Información sobre su [coordinador de cuidado de salud *or* administrador de cuidados *(plan’s preference)*]

[Plans should provide applicable information about care coordination, including explanations for the following subsections.]

## C1. Qué es un [coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados (plan’s preference)]

## C2. Cómo usted puede comunicarse con su [coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados (plan’s preference)]

## C3. Cómo usted puede cambiar su [coordinador de cuidado de salud or administrador de cuidados (plan’s preference)]

# 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 (PCP)

[**Note:** Insert this section only if your plan uses PCPs.]

Usted [insert as applicable: puede **or** debe] elegir un PCP que se encargue de proporcionarle cuidado.

### Definición de un “PCP” y lo qué un PCP hace por usted

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

Qué es un PCP

Qué clase de proveedores pueden ser PCP [If a State allows 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:

* Coordinando servicios cubiertos
* Tomando decisiones u obtener 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.]

### Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora se retira de nuestra red.

[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.).]

### 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 ver a otros proveedores. Esta autorización se llama referido. Usted podrá obtener servicios como los anotados a continuación, 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 pueda llegar a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).
* Servicios de diálisis que reciba en una institución para diálisis, certificada por Medicare, cuando usted esté 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 del área de servicio).
* Vacunas contra la gripe [insert if applicable: , vacunas contra 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 de la pelvis [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Adicionalmente, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver 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 para una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* 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 who makes the prior authorization decision (e.g., the Medical Director, 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 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 [*e.g., plans include information about* subnetworks or referral circles].]

## D3. Qué hacer si un proveedor se retira de nuestro plan

[Plans may edit this section if they are obligated under Healthy Connections 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 apelación.

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

## D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

[HMO plans that are **not** HMO POS, 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 Healthy Connections Medicaid out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.]

Si visita a un proveedor fuera de la red, él o ella deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

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

# E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

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

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

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) le ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y ayudan a mejorar la calidad de su vida. LTSS puede ayudarle con las tareas de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse, y cocinar. La mayoría de estos servicios son prestados en su hogar o en su comunidad, pero también podrían prestarse en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital.

LTSS están disponibles para los miembros en ciertos programas de excepción operados por la división de Cuidados a largo plazo comunitarios (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Estos planes de excepción son:

* Programa de excepción Community Choices
* Programa de excepción para pacientes de VIH/SIDA
* Programa de excepción para personas dependientes de respirador mecánico

Los miembros en los diferentes programas de excepción pueden recibir tipos y cantidades diferentes de LTSS. Si le parece que usted necesita LTSS usted puede hablar con su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] puede darle información sobre cómo solicitar un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

Lea más información sobre estos programas en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

[Plans should provide applicable information about getting LTSS if a member is not a waiver participant.]

# G. [*If applicable plans should add:* Cómo obtener cuidados autodirigidos]

[Plans should provide applicable information about getting self-directed care including the following subsections.]

## G1. Qué son los cuidados autodirigidos

## G2. Quién puede recibir cuidados autodirigidos *(Note: This is limited to waiver populations, per the Plan Benefit Package.)*

## G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidado primario (si se aplica)

# H. Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide applicable information about getting transportation services.]

# I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre

## I1. 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 condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:

* riesgos graves para su salud, **o**
* daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo.

### 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. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted **no** tiene que obtener primero una aprobación o referido de su PCP.
* [Plans add if applicable: **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 “alguien más” with “su [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan's preference)]” or other applicable term] deberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos.] [Plans must either provide the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., at the bottom of the page, on the back of <plan name>’s Member ID Card).]

### Servicios cubiertos si usted tiene una emergencia médica

[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 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.

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

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

### Recibiendo cuidado de emergencia si, después de todo, no era una emergencia

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 corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

No obstante, después 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 adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección).

## I2. Cuidado necesario de urgencia

### Definición de cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es 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 proveedores 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 and its territories: que no sea de emergencia] que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

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

## I3. 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 en 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 [*plans may insert reference, as applicable*].

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

[Plans with an arrangement with the State may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Healthy Connections Medicaid-covered benefits. If members overpay for these benefits, they need to seek reimbursement from the provider instead.]

**No pague directamente los servicios que cubra Healthy Connections Medicaid.**

Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted puede pedirnos que paguemos [*plans with cost sharing, insert:* nuestra parte de] la factura.

Si usted pagó al proveedor, no podemos devolverle lo que pagó, pero el proveedor lo hará. Servicios al miembro o el Defensor principal de Healthy Connections Prime pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Vea sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2 [plans may insert reference, as applicable].

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

[Insert as applicable: Si pagó por sus servicios cubiertos **or** Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos] o si recibió una factura por [plans with cost sharing, insert: el costo total de] servicios médicos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## J1. 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, **tendrá 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 pague por un servicio médico que normalmente no paga. También le dice cómo apelar una decisión sobre un servicio. Usted puede llamar a Servicios al miembro para saber más sobre esto.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del 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.

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

## K1. 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 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.

**Usted sí 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 [coordinador de cuidado de salud **or** administrador de cuidados (plan’s preference)] debe comunicarse con Servicios al miembro para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

## K2. 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 la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio cubiertos. 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.

## K3. Más información sobre estudios de investigaciones clínicas

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?](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf?)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con problemas para escuchar o para hablar) deben llamar al teléfono 1‑877-486-2048.

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

## L1. 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 no 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 médicos proporcionados solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## L2. Recibiendo 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 internado en un hospital o en un centro de cuidados 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.]

# M. Equipo médico duradero (DME)

## M1. DME como miembro de nuestro plan

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, por ejemplo las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de <plan name>, nuestro plan rentará la mayoría de los artículos DME para usted durante un máximo de 10 meses. [*Insert as applicable*: En algunas circunstancias, puede ser 13 meses.] Al final del periodo de alquilar, nuestro plan le transferirá a usted la titularidad del artículo DME, y este se considerará comprado. [*Insert as applicable:* Nuestro plan podría pagar ***or***pagará ***or*** no pagará por los costos de mantenimiento.] Llame a Servicios al miembro para obtener más información.

## M2. Propiedad de DME cuándo usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

Si está alquilando DME, hay cosas adicionales para su consideración si usted decide cambiarse a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo 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 Planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, la puede obtener en el sitio de web de Medicare ([es.medicare.gov/](https://es.medicare.gov/)) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1‑877-486‑2048.

Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, para poder ser propietario 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 plan 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 un 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.

## M3. 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.

## M4. 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.