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 por <plan name>. También le informa sobre su Administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo ciertas circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de 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 participante*.

[Plans should refer Participants 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](#_Toc522254188)

[B. Reglas generales para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos por <plan name> 4](#_Toc522254189)

[C. Su Equipo interdisciplinario (IDT) 6](#_Toc522254190)

[D. Su Administrador de cuidados 7](#_Toc522254191)

[D1. Lo que es un Administrador de cuidados 7](#_Toc522254192)

[D2. Quién obtiene un Administrador de cuidados 7](#_Toc522254193)

[D3. Cómo usted puede comunicarse con su Administrador de cuidados 7](#_Toc522254194)

[D4. Cómo usted puede cambiar su Administrador de cuidados 8](#_Toc522254195)

[E. Cuidados de un Proveedor de cuidados primarios, especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 8](#_Toc522254196)

[E1. Cuidados de un Proveedor de cuidados primarios (PCP) 8](#_Toc522254197)

[E2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 9](#_Toc522254198)

[E3. Qué hacer cuando un proveedor se retira de nuestro plan 9](#_Toc522254199)

[E4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc522254200)

[F. Cómo obtener la aprobación para servicios y artículos que requieren autorización previa 10](#_Toc522254201)

[F1. Servicios que puede obtener sin recibir una aprobación previa 11](#_Toc522254202)

[G. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 12](#_Toc522254203)

[H. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 12](#_Toc522254204)

[I. Cómo obtener cuidados autodirigidos 13](#_Toc522254205)

[J. Cómo obtener servicios de transporte 13](#_Toc522254206)

[K. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 14](#_Toc522254207)

[K1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 14](#_Toc522254208)

[K2. Atención necesaria de urgencia 16](#_Toc522254209)

[K3. Cuidados durante un desastre 16](#_Toc522254210)

[L. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 17](#_Toc522254211)

[L1. Qué hacer si los servicios o artículos no son cubiertos por nuestro plan 17](#_Toc522254212)

[M. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 18](#_Toc522254213)

[M1. Definición de un estudio de investigación clínica 18](#_Toc522254214)

[M2. Pago por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 18](#_Toc522254215)

[M3. Más información sobre los estudios de investigaciones clínicas 19](#_Toc522254216)

[N. Cómo sus servicios de salud son cubiertos cuando usted recibe cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud 19](#_Toc522254217)

[N1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 19](#_Toc522254218)

[N2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 19](#_Toc522254219)

[O. Equipo médico duradero (DME) 20](#_Toc522254220)

[O1. DME como Participante de nuestro plan 20](#_Toc522254221)

[O2. Apropiación de DME cuando usted pierde su cobertura de Medicaid y y se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 21](#_Toc522254222)

[O3. Propiedad de DME cuando usted cambia su plan FIDA o deja FIDA y se une a un plan MLTC 22](#_Toc522254223)

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

Servicios y artículos incluyen cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros servicios. Los servicios y artículos cubiertos son cualquiera de estos servicios y artículos por los cuales paga <plan name>. Los cuidados de salud y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos incluyen aquellos que aparecen en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] y cualquier otros servicios que <plan name>, su IDT o un proveedor autorizado decidan que son necesarios para su cuidado.

Los proveedores son los médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término proveedorestambién incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios, 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 debe pagar por los servicios o artículos cubiertos.

# B. Reglas generales para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos por <plan name>

<Plan name> cubre todos los servicios y artículos cubiertos por Medicare y Medicaid, además de algunos servicios y artículos adicionales disponibles a través del programa FIDA. Estos incluyen salud del comportamiento, y servicios y respaldos a largo plazo.

<Plan name> por lo general pagará por los servicios y artículos que usted necesite si sigue las reglas del plan sobre cómo obtenerlos que siguen a continuación. Qué será cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **servicio o artículo cubierto por el plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plans may insert reference, as applicable] de este Manual). Otros servicios y artículos no anotados en la tabla también podrían estar cubiertos si su Equipo interdisciplinario (IDT) determina que son necesarios para usted.
* El cuidado debe ser **médicamente necesario.** Médicamente necesario significa aquellos servicios y artículos necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar las condiciones médicas que usted tenga y que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, tengan como resultado una enfermedad, interfieran con su capacidad de actividad normal o le amenacen con una discapacidad significativa. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en una institución de enfermería avanzada. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
* Usted tendrá que cooperar y se espera que así sea, con un **Equipo interdisciplinario (IDT)**. Su IDT evaluará sus necesidades, trabajará con usted y/o su representante, para planificar su cuidado y sus servicios y para asegurarse de que usted reciba el cuidado y servicios necesarios. Usted puede encontrar más información sobre el IDT en la Sección C [plans may insert reference, as applicable]*.*
  + En la mayoría de los casos, usted deberá obtener aprobación de <plan name>, su IDT o un proveedor autorizado, antes de poder acceder a los servicios y artículos cubiertos. Esto se llama **autorización previa**. Para informarse más sobre autorizaciones previas, vaya a la página <page number>.
  + Usted no necesitará autorización previa para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario urgentemente o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenino. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener que obtener una autorización previa. Para informarse más al respecto, vaya a la página <page number>.
* Usted tendrá un **Administrador de cuidados**, que servirá como su punto de contacto principal con su IDT. Usted puede obtener más información sobre el Administrador de cuidados en la Sección D [plans may insert reference, as applicable].
* Usted debe elegir un proveedor de la red para que le sirva como su **Proveedor de cuidados primarios (PCP).** Usted también puede elegir que su PCP sea un miembro de su IDT. Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar un PCP, lea la página <page number>.

[*HMO plans that are not HMO POS, insert the following paragraphs:*]

* **Usted debe recibir sus servicios y artículos de proveedores de la red**. Por lo general, <plan name> no cubrirá servicios o artículos de proveedores que no se hayan unido a la red de <plan name>. Los siguientes son algunos casos en los cuales esta regla no se aplica:
  + El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia* o *atención necesaria de urgencia*, lea la 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. En este caso, cubriremos el cuidadocomo si lo hubiera recibido de proveedores de la red y sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la página<page number>.
  + El plan cubre servicios y artículos de proveedores y farmacias fuera de la red, cuando no haya un proveedor o farmacia de la red disponibles a una distancia razonable de su hogar.
  + 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.
  + Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición dura 90 días o hasta que el Plan de servicio personalizado sea terminado e implementado, lo que ocurra más tarde. No obstante, su proveedor fuera de la red debe aceptar proporcionar tratamiento continuo y aceptar pagos de acuerdo a nuestras tarifas. Después del período de transición, ya no cubriremos su cuidado si sigue viendo proveedores fuera de la red.
  + Si usted es residente de una institución de enfermería avanzada, usted podrá seguir viviendo en esa institución mientras dure el programa FIDA, aun así si la institución no participa en la red de <plan name>.
  + Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción, usted puede seguir recibiendo servicios de ese proveedor hasta que se completen los tratamientos, pero no por más de dos años.

# C. Su Equipo interdisciplinario (IDT)

Cada participante tiene un Equipo interdisciplinario (IDT). Su IDT incluirá a las siguientes personas:

* Usted y sus representantes y
* Su Administrador de cuidados

También puede elegir que cualquiera de las personas siguientes participen en todas o cualquier de las reuniones de su IDT:

* Su Proveedor de cuidados primarios (PCP), incluyendo un médico, enfermera practicante, asistente médico o especialista que haya aceptado servir como su PCP o un representante del consultorio de su PCP con experiencia clínica (como una enfermera titulada, enfermera practicante o asistente médico) y conocimiento de sus necesidades;
* Su Profesional de salud del comportamiento (BH), si lo tiene o un representante del consultorio de su profesional de BH con experiencia clínica y conocimiento de sus necesidades
* Su asistente de cuidados en el hogar o un representante con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tenga conocimiento de sus necesidades, si usted recibe cuidados en su hogar;
* Un representante clínico de su institución de enfermería avanzada, si está recibiendo cuidados de esta institución, y
* Personas adicionales, incluyendo:
  + Otros proveedores, pedidos por usted o su representante o de acuerdo a lo recomendado por los miembros de su IDT, como necesario para la planificación adecuada de su cuidado y aprobado por usted o su representante, o
  + La enfermera registrada (RN) que haya completado su evaluación

El Administrador de cuidados del plan FIDA es el director del IDT. Su IDT realiza la planificación de sus servicios y desarrolla el Plan de servicios personalizados (PCSP). Su IDT autoriza algunos o todos los servicios de su PCSP, dependiendo de si su PCP participó en el proceso de desarrollo de su PCSP. Estas decisiones no pueden ser cambiadas por <plan name>.

# D. Su Administrador de cuidados

## D1. Lo que es un Administrador de cuidados

El Administrador de cuidados del Plan FIDA coordina a su Equipo interdisciplinario (IDT). El Administrador de cuidados garantizará la integración de sus servicios médicos, de salud del comportamiento, de uso de sustancias, de instituciones con base en la comunidad o en instituciones de servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) y sus necesidades sociales. El Administrador de cuidados coordinará estos servicios según lo especificado en su Plan de servicios personalizado.

## D2. Quién obtiene un Administrador de cuidados

Todos los participantes tienen un Administrador de cuidados. La asignación o selección de su Administrador de cuidados ocurre cuando usted se inscribe en <plan name>.

## D3. Cómo usted puede comunicarse con su Administrador de cuidados

Cuando se asigne o seleccione el Administrador de cuidados, <plan name> le dará a usted la información de contacto de su Administrador de cuidados. Servicios al participante también le dará esta información en cualquier momento durante su participación en <plan name>.

## D4. Cómo usted puede cambiar su Administrador de cuidados

Usted puede cambiar su Administrador de cuidados en cualquier momento, pero tendrá que elegir de una lista de Administradores de cuidados de <plan name>. Si usted ya tiene un Administrador de cuidados (de Cuidados administrados a largo plazo o MLTC, por ejemplo), usted puede pedir que la misma persona sea su Administrador de cuidados del plan FIDA. Si el Administrador de cuidados también está disponible en el plan FIDA y su carga de trabajo se lo permite, <plan name> deberá cumplir con su pedido. Para cambiar de Administrador de cuidados, comuníquese con Servicios al participante al <toll free phone number>, <days and hours of operation>.

# E. Cuidados de un Proveedor de cuidados primarios, especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## E1. Cuidados de un Proveedor de cuidados primarios (PCP)

Usted debe elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) para proveer y administrar sus cuidados. <Plan name> le ofrecerá la opción de tres proveedores de cuidados primarios para que usted elija. Si usted no elige un PCP, se le asignará uno. Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento comunicándose con Servicios al participante al <toll free number>, <days and hours of operation>.

**Definición de “PCP” y lo que un hace PCP por usted**

Su Proveedor de cuidados primarios (PCP) es su médico principal, quien será responsable de proveer muchos de sus servicios de cuidados preventivos y primarios. Su PCP será parte de su Equipo interdisciplinario (IDT), si usted lo elije. Si su PCP forma parte de su IDT, su PCP participará en el desarrollo de su Plan de servicio personalizado, tomará determinaciones de cobertura como miembro de su IDT y recomendará o pedirá muchos de los servicios y artículos que su IDT o <plan name> autorizarán.

**Su elección de PCP**

Le daremos la opción de por lo menos tres PCPs para elegir. Si usted no elige un PCP, le asignaremos uno. Al asignarle un PCP, consideraremos qué tan lejos se encuentra el PCP de su hogar, así como todas las necesidades especiales de cuidados de salud y necesidades especiales de idioma que usted tenga.

Si usted ya tiene un PCP cuando se una al plan, usted podrá seguir viendo ese PCP durante el período de transición (lea la página <page number> para más información). Una vez que termine el período de transición, usted puede continuar viendo ese PCP si él/ella pertenece a nuestra red.

**Cuándo una clínica puede ser su PCP**

Su PCP no puede ser una clínica y debe ser un tipo específico de proveedor que cumpla con ciertos requisitos específicos. Si el PCP trabaja en una clínica y cumple con los criterios de alguna otra manera, ese proveedor podrá ser designado como PCP.

La opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Sólo llame a <plan name> y pida un PCP nuevo. El plan procesará su pedido y le dirá la fecha de comienzo del cambio, la que será en cinco días desde su pedido.

Si su PCP actual deja nuestra red o de otra manera deja de estar disponible, <plan name> le proveerá a usted la oportunidad de seleccionar un PCP nuevo.

## E2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialistaes un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o 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.

<Plan name> o su IDT autorizará consultas con el especialista apropiado para sus condiciones. El acceso a los especialistas debe ser aprobado por <plan name> o su IDT, a través de una autorización permanente o aprobación previa de un número fijo de consultas al especialista. Esta información se incluirá en su Plan de servicio personalizado (PCSP).

## E3. 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 sobre nuestra decisión.

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.]

## E4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

Si usted necesita cuidados cubiertos por nuestro plan y sus proveedores de la red no pueden dárselos, usted puede obtener permiso de <plan name> o de su IDT para obtener los cuidados de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos los cuidados como si los hubiera recibido de un proveedor de la red y sin costo para usted. [Plans should describe the process for getting approval to see an out-of-network provider.]

Recuerde que cuando usted se una al plan por primera vez, usted podrá seguir viendo, durante el "período de transición", a los proveedores que usted tiene ahora. En la mayoría de los casos, el período de transición durará 90 días o hasta que su Plan de servicios personalizado sea terminado e implementado, lo que sea más tarde. Durante el período de transición, nuestro Administrador de cuidados se comunicará con usted para ayudarle a encontrar y cambiar a proveedores de nuestra red. Después del período de transición, ya no pagaremos por cuidados si sigue viendo proveedores fuera de la red, a menos que <plan name> o su IDT le hayan autorizado a seguir viendo al proveedor fuera de la red.

Si tiene que visitar a un proveedor fuera de la red, por favor trabaje con <plan name> o su IDT para obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red y para encontrar uno que cumpla con los requisitos aplicables de Medicare o Medicaid.

* Si visita a un proveedor fuera de la red sin obtener la aprobación del Plan o del IDT, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

# F. Cómo obtener la aprobación para servicios y artículos que requieren autorización previa

Su Equipo interdisciplinario (IDT) es responsable de autorizar los servicios y artículos que puedan anticiparse durante el desarrollo de su Plan de servicio personalizado (PCSP). Sin embargo, es posible que su IDT no pueda autorizar todos sus servicios si su PCP no participa en su IDT. Por ejemplo, si en una reunión en particular no participan un PCP u otro médico, el IDT no podrá autorizar medicamentos de receta nuevos. En esos casos, su IDT agregará la lista de medicamentos solicitados al PCSP. <Plan name> entonces revisará y aprobará los medicamentos de receta si son médicamente necesarios.

Además, <plan name> y ciertos proveedores autorizados son responsables de autorizar la mayoría de los servicios y artículos de cuidados de salud que usted pueda necesitar entre las reuniones de planificación de servicios del IDT y las actualizaciones del PCSP. Estos son servicios y artículos que posiblemente no se hayan podido planificar o predecir y por eso no fueron incluidos en su PCSP.

## F1. Servicios que puede obtener sin recibir una aprobación previa

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de <plan name> su IDT o de ciertos proveedores autorizados antes de ver a otros proveedores. Esta autorización se llama autorización previa. Usted podrá obtener servicios como los mencionados a continuación, sin necesidad de obtener una autorización previa:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores de la red.
* Atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a proveedores de la red porque usted 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. (Por favor llame a Servicios al participante antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la red.)
* Inmunizaciones, incluyendo 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 del seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y del cuello del útero [*insert if applicable:* siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Consultas con un Proveedor de cuidados primarios (PCP)
* Cuidados paliativos
* Otros servicios preventivos
* Servicios en instalaciones de agencias de salud pública, para detección, diagnosis y tratamiento de tuberculosis, incluyendo Terapia observada directamente (TB/DT).
* Servicios de cuidado de la vista a través de clínicas de Artículo 28, que proveen servicios de optometría y están afiliadas al Colegio de optometría de la Universidad del estado de New York, para obtener los servicios de optometría cubiertos.
* Servicios dentales a través de clínicas de Artículo 28, operadas por Centros académicos dentales.
* Rehabilitación cardíaca para la primera etapa de tratamiento (se necesita la autorización de un médico o RN para las etapas de tratamiento que siguen a la primera etapa).
* Servicios complementarios de educación, bienestar y administración de salud.
* Adicionalmente, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver a estos proveedores sin aprobación de <plan name> o su IDT.
* [*Plans that do not require prior authorization for other services may add them to the list.*]

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

Los LTSS basados en la comunidad consisten en una variedad de servicios médicos, de habilitación, rehabilitación, cuidados en el hogar o servicios sociales que la persona necesita durante meses o años, para mejorar o mantener las funciones o la salud. Estos servicios son proporcionados en el hogar de la persona o en un entorno basado en la comunidad, como instalaciones de vida con asistencia. Los LTSS basados en una institución son los servicios prestados en una institución de enfermería avanzada u otro entorno de cuidados residenciales a largo plazo.

Como participante en <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluyendo si necesita LTSS basados en la comunidad o en una institución. Todas las necesidades identificadas en su evaluación, serán incorporadas en su Plan de servicio personalizado (PCSP). Su PCSP describirá qué LTSS recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si usted tiene un plan de servicio preexistente anterior a su inscripción en <plan name>, usted seguirá recibiendo todos los LTSS basados en la comunidad o en una institución, incluidos en el plan preexistente. Cumpliremos con su plan de servicios preexistente durante 90 días o hasta que su PCSP sea finalizado e implementado, lo que sea más tarde.

Si tiene alguna pregunta sobre LTSS, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

# H. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[Plans may provide applicable information about getting behavioral health services. such as adding contact information for a behavioral health vendor.]

Los servicios de salud del comportamiento consisten de una variedad de servicios que pueden respaldar las necesidades de salud mental y de abuso de sustancias que usted pueda tener. Este respaldo puede incluir respaldo emocional, social, educativo, vocacional y respaldo de compañeros y servicios de recuperación, además de los servicios siquiátricos o médicos más tradicionales.

Como participante en <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluyendo sus necesidades de servicios de salud del comportamiento. Todas sus necesidades identificadas en su evaluación, serán atendidas en su Plan de servicio personalizado (PCSP). Su PCSP describirá qué servicios de salud del comportamiento recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción en <plan name>, usted puede seguir recibiendo todos los servicios de ese proveedor hasta que el tratamiento sea completo, pero no por más de dos años. Este es el caso incluso si su proveedor no participa en la red de <plan name>.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud del comportamiento, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

# I. Cómo obtener cuidados autodirigidos

Usted tiene la oportunidad de dirigir sus propios servicios a través del programa de Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS).

Si usted tiene una enfermedad crónica o está discapacitado físicamente o si tiene necesidad de ayuda médica con las actividades de la vida diaria (ADL) o servicios de enfermería especializada, usted puede obtener servicios a través del programa CDPAS. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), un asistente de salud en el hogar o enfermera. Usted tiene la flexibilidad y libertad de elección de las personas que le cuiden.

Usted debe poder y querer tomar decisiones informadas sobre la administración de los servicios que usted reciba o tener un tutor legal o pariente designado u otro adulto que pueda y quiera tomar decisiones informadas.

Usted o su representante también deben ser responsables de reclutar y contratar, capacitar, supervisar y despedir personas que le cuiden y deberán hacer los arreglos de cobertura suplente cuando sea necesario, hacer los arreglos y coordinar otros servicios y llevar los registros de pagos.

Su Administrador de cuidados y su Equipo interdisciplinario (IDT) revisarán la opción CDPAS con usted durante sus reuniones de IDT. Usted puede seleccionar esta opción en cualquier momento comunicándose con su Administrador de cuidados.

# J. Cómo obtener servicios de transporte

<Plan name> le proporcionará transporte de emergencia y regular. Su Equipo interdisciplinario (IDT) discutirá con usted sus necesidades de transporte y planificará con usted cómo satisfacerlas. Llame a su Administrador de cuidados en cualquier momento que necesite transporte para visitar algún proveedor para obtener servicios y artículos cubiertos.

La cobertura de transporte incluye un asistente de transporte para acompañarle a dónde sea necesario.

El transporte también está disponible a eventos o servicios no médicos, como servicios religiosos, actividades comunitarias o supermercados.

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

## K1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

**Definición de emergencia médica**

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

* peligro grave para su salud (o, con respecto a una mujer embarazada, serios riesgos a su salud o la de su hijo por nacer) o en el caso de una enfermedad del comportamiento, poner su salud o la de los demás en peligro grave, **o**
* daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
* desfiguración grave, **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. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted no tiene que obtener primero una aprobación de <plan name> o su IDT.
* Asegúrese de informar a nuestro plan tan pronto pueda de su emergencia. Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona 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 toll-free phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of the plan’s Participant ID Card).*]

**Servicios cubiertos en una emergencia médica**

[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area. 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, <plan name> la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de servicios y artículos cubiertos 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 Participants to Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for more information.]

Si usted tiene una emergencia, su Administrador de cuidados hablará con los médicos que le den cuidado de emergencia. Esos médicos le avisarán a su Administrador de cuidados 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 <plan name>. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, su Administrador de cuidados tratará de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado lo más pronto posible.

**Obteniendo cuidado de emergencia 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 médica. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave,   
cubriremos su cuidado.

Sin embargo, 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 adicional que reciba es considerado atención necesaria de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

## K2. Atención necesaria de urgencia

**Definición de atención necesaria de urgencia**

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

**Atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan**

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de urgencia, **sólo**si usted:

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

Sin embargo, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria 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 nurse hotline, etc.).]

**Atención necesaria 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.

[Plans that cover urgently needed care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area.]

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.]

## K3. 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 el Capítulo 5 para más información.

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

Los proveedores sólo pueden facturar a <plan name> por el costo de sus servicios y artículos cubiertos. Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla a <plan name>, usted puede enviarla a nuestras oficinas para que la paguemos.

**Usted no debe pagar la factura. Pero si lo hace, es posible que <plan name> pueda reembolsarle el pago.**

Si pagó por sus servicios o artículos cubiertos o si recibió una factura por servicios o artículos cubiertos, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] para saber qué hacer.

## L1. Qué hacer si los servicios o artículos no son cubiertos por nuestro plan

<Plan name> cubre todos los servicios y artículos:

* que sean médicamente necesarios, **y**
* que aparezcan en la Tabla de servicios y artículos cubiertos del plan o que su Equipo interdisciplinario (IDT) determine como necesarios para usted (lea el Capítulo 4 [*plans may insert reference, as applicable*]), **y**
* que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios o artículos que no tienen cobertura de <plan name>, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o artículo, usted tiene derecho a preguntarnos. Usted también podría tener derecho a preguntarnos por escrito. Si decidimos que no pagaremos por sus servicios o artículos, 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 o artículo que normalmente no paga. También le dice cómo apelar una decisión sobre un servicio. Usted también puede llamar a Servicios al participante para saber más sobre sus derechos para apelar.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión tomada por el plan, usted puede comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN). ICAN ofrece información y asistencia gratuitas. Usted puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800, de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800.)

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

## M1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica(conocido también como una 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 de <plan name>, su IDT o su Proveedor de cuidados primarios. 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.]

**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 participante para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

## M2. Pago 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 cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que obtenga 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 haya 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.]

## M3. Más información sobre los 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 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-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 (personas con problemas para escuchar o para hablar) deben llamar al teléfono 1-877-486-2048.

# N. Cómo sus servicios de salud son cubiertos cuando usted recibe cuidados en una institución religiosa 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.]

## N1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud

Una institución religiosa no médica para cuidados de saludes un lugar que proporciona cuidado que normalmente no obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución 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 interno de Medicare Parte A (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará solamente por los servicios de cuidado de salud no médico proporcionados por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## N2. 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 volun**tario 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 <plan name> 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 interno en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
  + [*Omit this bullet if not applicable*]Deberá obtener aprobación de <plan name> o su IDT, 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.]

# O. Equipo médico duradero (DME)

## O1. DME como Participante de nuestro plan

DME 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 el propietario de ciertos artículos que <plan name> compra para usted, como las prótesis.

En esta sección, discutimos DME que usted debe alquilar. Como participante de <plan name>, usted [insert if the plan sometimes allows ownership: por lo general] no llegará a ser propietario de los equipos rentados, independientemente de cuánto tiempo lo hayamos rentado para usted. Algunos ejemplos de artículos de DME que debemos rentar para usted son sillas de ruedas, camas de hospital y dispositivos con presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP).

[If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to Participants, the plan must modify this section to explain the conditions under which and when the Participant can own specified DME.]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the Participant for items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios al participante para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.]

[If the plan never allows transfer of ownership to the Participant (except as noted above, for example, for prosthetics), insert: Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.]

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

## O2. Apropiación de DME cuando usted pierde su cobertura de Medicaid y y se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo un plan de 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 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2019*. Si no tiene una copia de este manual, lo puede obtener en el sitio de web de Medicare (<http://www.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 a 1‑877-486‑2048.

Si usted pierde su cobertura de Medicaid y deja el programa FIDA, usted tendrá que cambiar a Medicare Original o un plan de Medicare Advantage. Además, tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Original Medicare, o tendrá que hacer el número de pagos continuos establecido por el plan de 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 a través del programa de Original Medicare o un plan de Medicare Advantage.

Si hizo pagos por el artículo de equipo médico duradero bajo Original Medicare o un plan de Medicare Advantage antes de inscribirse en <plan name>, **los pagos hechos a Medicare Original o el plan de Medicare Advantage no contarán para los pagos que tendría que hacer después de que termine su Medicaid.**

* Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare o el número de nuevos pagos continuos establecido por el plan de Medicare Advantage para que el equipo pase a ser de su propiedad.
* No hay excepciones a esto cuando usted vuelva a Original Medicare o a un plan de Medicare Advantage.
* Si usted se une a un plan de salud de Medicare (como un plan de Medicare Advantage) en lugar de Original Medicare, usted deberá preguntar al plan sobre su cobertura de equipo médico duradero.

## O3. Propiedad de DME cuando usted cambia su plan FIDA o deja FIDA y se une a un plan MLTC

Si usted se une a otro plan FIDA o a un plan de Cuidados administrados a largo plazo (MLTC), su Administrador de cuidados en su plan nuevo trabajará con usted para garantizar que usted siga teniendo acceso al equipo médico duradero que está recibiendo a través de <plan name>.