Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le dice sobre su Coordinador de servicios [Plans should replace the terms “Service Coordinator” with the term they use], cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y bajo cuáles circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.

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

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

Tabla de Contenido

[A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc519512454)

[B. Reglas para obtener cuidado de salud y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) cubiertos por el plan 4](#_Toc519512455)

[C. Información sobre su Coordinador de servicios 6](#_Toc519512456)

[D. Cuidados de su proveedor personal, de especialistas, de otros proveedores de la red y fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud 6](#_Toc519512457)

[D1. Cuidados de un proveedor de cuidados primarios 6](#_Toc519512458)

[D2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 8](#_Toc519512459)

[D3. Qué hacer cuándo un proveedor se retira de nuestro plan 8](#_Toc519512460)

[D4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 9](#_Toc519512461)

[D5. Cómo cambiar de plan de salud 10](#_Toc519512462)

[E. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS) 10](#_Toc519512463)

[F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 10](#_Toc519512464)

[G*.* [*If applicable plans should add:* Cómo obtener cuidados autodirigidos] 10](#_Toc519512465)

[G1. Qué son los cuidados autodirigidos 10](#_Toc519512466)

[G2. Quién puede recibir cuidados autodirigidos (for example, if it is if limited to waiver populations) 10](#_Toc519512467)

[G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidados personales(if applicable) 10](#_Toc519512468)

[H. Cómo obtener servicios de transporte 10](#_Toc519512469)

[I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 11](#_Toc519512470)

[I1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 11](#_Toc519512471)

[I2. Atención necesaria de urgencia 13](#_Toc519512477)

[I3. Atención durante un desastre 13](#_Toc519512479)

[J. Qué hacer si le cobran directamente el costo de servicios cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc519512480)

[J1. Qué hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan 14](#_Toc519512481)

[K. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 15](#_Toc519512482)

[K1. Definición de un estudio de investigación clínica 15](#_Toc519512483)

[K2. Pagos por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 16](#_Toc519512484)

[K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 16](#_Toc519512485)

[L. Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud? 16](#_Toc519512486)

[L1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 17](#_Toc519512487)

[L2. Obteniendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 17](#_Toc519512488)

[M. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 18](#_Toc519512489)

[M1. DME como miembro de nuestro plan 18](#_Toc519512490)

[M2. Apropiación de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 18](#_Toc519512491)

# 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, suministros médicos, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos 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 red son 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. [*Plans may delete the next sentence if it is not applicable.*] 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 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 Texas Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

<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 razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades, condiciones de salud o discapacidades. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un hogar de personas de la tercera edad. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por 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 cuidados primarios (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 un proveedor que no es su PCP o use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una **pre-autorización** o **referido.** Si no obtiene aprobación, es posible que <plan name> no cubra los servicios. Usted no necesita un referido para visitar a algunos especialistas, como especialistas para la salud de la mujer. Para informarse más sobre las referencias, vaya a la página <page number>.
  + Usted no necesitará una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario urgentemente o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referencia 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>.
  + **Nota:** En sus primeros 90 días en nuestro plan, usted podrá continuar viendo a sus proveedores actuales, sin costo, si ellos no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro Coordinador de servicios se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Pasado esos 90 días, no cubriremos su cuidado de salud si continúa viendo a proveedores fuera de la red.
* **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 continuación casos en que 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 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 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 por lo menos 90 días.
  + [Plans should add additional exceptions as appropriate.]

# C. Información sobre su Coordinador de servicios

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

**C1. Qué es un Coordinador de servicios**

**C2. Cómo usted puede comunicarse con su Coordinador de servicios**

**C3. Cómo usted puede cambiar su Coordinador de servicios**

**C4. Lo que un Coordinador de servicios puede hacer por usted**

# D. Cuidados de su proveedor personal, de especialistas, de otros proveedores de la red y fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud

**D1. Cuidados de un proveedor de cuidados primarios**

[**Note:** Insert this section only if your plan uses PCPs. Plans may edit this section to refer to a Physician of Choice (POC) instead of a PCP.]

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

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

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

Que es un PCP

Qué clase de proveedores pueden ser PCP [If Texas allows specialists to act as a PCP, plans must inform beneficiaries of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.]

La función de un PCP:

* Coordinar los servicios cubiertos
* Tomar decisiones acerca de u obtener autorización previa, si es aplicable

Cuando una clínica puede ser su proveedor de cuidados primarios (RHC/FQHC)]

*Su elección de un 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 durante el año. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si él que tiene actualmente deja nuestra red.

[Plans should describe how to change a PCP and indicate when 0that 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 mencionados a continuación, sin la autorización previa de su PCP:

* 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 (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 de la red.)
* 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 del cuello del útero [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 una referencia.

[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 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:

What the role (if any) of the PCP is in referring members to specialists and other providers

What the process for getting prior authorization is [Plans explain that prior authorization means that the member must get approval from the plan before getting a specific service or drug or seeing an out-of-network provider and including information about which plan entity makes the prior authorization decision (e.g., the Medical Director, the PCP, or another entity).]

Who is responsible for getting the prior authorization [Plans explain, for example, if it is the PCP or the member and refer members to the Benefits Chart in Chapter 4 [plans may insert reference, as applicable] for information about which services require prior authorization.]

If the selection of a PCP result in being limited to specific specialists or hospitals to which that PCP refers [For example, plans include information about subnetworksor referral circles).]]

**D3. Qué hacer cuándo un proveedor se retira de nuestro plan**

[Plans may edit this section if they are obligated under Texas Medicaid to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

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

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

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

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

[HMO Plans that are not HMO POS should 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 Texas 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 Medicaid.

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

## D5. Cómo cambiar de plan de salud

Usted puede cambiar su plan de salud. Para más información, lea el Capítulo 10, Sección A [*plans may insert additional reference, as applicable*]. Usted también puede obtener ayuda de los siguientes recursos:

* Llame a <state administrative services contractor> al <toll-free phone number>, <days and hours of operation>. Usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.
* Llame al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP, por sus siglas en inglés) al <phone number>.
* Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, siete días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

[Plans should provide applicable information about getting LTSS and where enrollees can call to find out about these services.

* Qué son los beneficios de LTSS [*Plans can refer enrollees to Chapter 4.*]
* Cómo obtener estos servicios]

# F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

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

# 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 (for example, if it is if limited to waiver populations)

## G3. Cómo obtener ayuda contratando proveedores de cuidados personales(if applicable)

# H. Cómo obtener servicios de transporte

[Plans should provide applicable information about getting transportation services, including hours of operation and limits for transportation services. Plans may also refer enrollees to Chapter 4 for more information about benefits limitations.]

# I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria 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 la del feto; **o**
* daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
* en el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando:
  + no hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
  + un 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 o pre-autorización de su PCP.
* [Plans add if applicable: **Asegúrese de decirle a <plan name> sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona [plans may replace “otra persona” with “su Coordinador de servicios” 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., on the back of the plan's Member ID Card).]

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Texas Medicaid may describe this coverage based on the Texas 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, 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 coverageor 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 the following paragraphs as needed to address the post-stabilization care for your plan.]

**Definición de cuidado después de la estabilización**

Los servicios de cuidado después de la estabilización son los servicios para mantener estable su condición después de los cuidados médicos de emergencia.

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.*]

### Obteniendo cuidado de emergencia cuando 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 de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional, sólo si:

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

## I2. 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 y 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.

No obstante, 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 provider 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 Texas Medicaid may describe this coverage based on the Texas Medicaid program coverage area.]

## I3. Atención 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 de Internet 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, le 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.

# J. Qué hacer si le cobran directamente el costo de 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 Texas Medicaid-covered benefits.]

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

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

[Plans may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Texas Medicaid-covered benefits.]

<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 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 nuestra aprobación [plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence] ni la de su proveedor. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, no tienen que ser proveedores de la red.

**Pero, usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted planea estar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de servicios, debe comunicarse con servicios al miembro para dejarnos saber que usted va a participar en un estudio de investigación clínica.

## 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 investigación clínica

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-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 están cubiertos sus servicios de salud cuando usted obtiene cuidados en una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

[If applicable, plans should revise this section as needed to describe Texas Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## 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 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 los servicios de cuidado de salud no médico proporcionado solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

## L2. Obteniendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud

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

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

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

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
  + Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente 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, por sus siglas en inglés)

## 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>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member: por lo general] el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

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

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

[If the plan never allows transfer of ownership to the member (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.]

Nuestro plan pagará algunos equipos médicos duraderos y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. <Plan name> paga nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame a Servicios al miembro para obtener más información sobre estos beneficios.

## M2. Apropiación de DME cuando se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se llegan a apropiar de ellos después de 13 meses. El plan de Medicare Advantage 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:** Usted puede encontrar definiciones de Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2019*. Si usted no tiene una copia de este manual, lo puede obtener en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar a 1‑877‑486‑2048.

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

* 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 de Medicare Advantage.

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

* Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos 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 Medicare Original o a un plan de Medicare Advantage.