Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de servicios; plans without cost sharing, insert: para] servicios

**Introducción**

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le dice cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Términos clave y sus definiciones se encuentra 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, "see Chapter 9, Section A, page 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

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

Tabla de Contenido

[A. Pidiéndonos que paguemos 2](#_Toc16860450)

[B. Enviando su pedido de pago 4](#_Toc16860451)

[C. Decisiones de cobertura 5](#_Toc16860452)

[D. Apelaciones 6](#_Toc16860453)

# Pidiéndonos que paguemos

Con One Care, hay algunas reglas para obtener los servicios. Una de las reglas es que el servicio debe estar cubierto por <plan name>. Otra regla es que usted debe obtener el servicio de uno de los proveedores con los que trabaja <plan name>. Vaya al Capítulo 3 para leer todas las reglas.

**Si sigue todas las reglas, entonces el plan pagará automáticamente los servicios por usted y usted no tendrá que pedirnos que paguemos**. En esos casos, usted no debería pagar nada a sus proveedores ni recibir facturas. [Plans that charge a copay for drugs, insert: Sólo tendrá que hacer un copago por sus medicamentos como paciente externo. Vaya al Capítulo 6 para leer sobre los copagos por medicamentos.]

Si no está seguro de si el plan pagará por un servicio que quiere recibir o por un proveedor al que usted quiera ver, pregunte a su [insert: Coordinador de cuidados u otra persona o entidad adecuada]. [Plans should replace the term “Care Coordinator” with the term they use as needed throughout the chapter.] **Haga esto antes de obtener el servicio.** Su <Coordinador de cuidados u otra persona o entidad adecuada> le dirá si <plan name> pagará o si tiene que pedir una decisión de cobertura a <plan name>. Lea el Capítulo 9 para saber más sobre las decisiones de cobertura.

Si decide obtener un servicio que tal vez no esté cubierto por <plan name> o si recibe un servicio de un proveedor que no trabaje con <plan name>, entonces <plan name> no pagará automáticamente por el servicio.

Estos son algunos ejemplos de situaciones e información sobre el pago por sus servicios.

1. Si usted recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario urgentemente de un proveedor fuera de la red

Usted debe pedir al proveedor que le cobre al plan. Llame a Servicios al miembro o a su Coordinador de cuidados si necesita ayuda.

* Si paga la cantidad total cuando usted recibe el cuidado, pídanos que nos aseguremos que se le devuelva su pago [plans with cost sharing insert: para nuestra parte del costo]. Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que usted hizo.
* Si usted recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura, y si usted pagó todo o parte de la factura, una prueba de todos los pagos que usted hizo.
  + Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.
  + Si usted ya pagó [plans with cost sharing insert: más que su parte del costo] por el servicio, nosotros [plans with cost sharing insert: calcularemos cuánto debe y] nos aseguraremos de que se le pague a usted [plans with cost sharing insert: para nuestra parte del costo].

1. Si un proveedor de la red de <plan name> le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben cobrarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. **Llame a Servicios para miembros si recibe facturas.**

* [Plans with no cost sharing, insert: Como <plan name> paga el costo completo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deberían cobrarle nada por estos servicios.]
* [Plans with cost sharing, insert: Como miembro de <plan name>, solo debe pagar el copago del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más que esa cantidad. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que facturó por el servicio. Si decidimos no pagar por algún cargo, usted de todas maneras no tiene que pagarlo.]
* Si alguna vez recibe una factura de un proveedor de la red, no lo pague. Envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
* Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y una prueba de todos los pagos que usted hizo. Le ayudaremos a que le devuelvan sus pagos por sus servicios cubiertos.

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

Si usted va a una farmacia que no está en la red de <plan name>, tal vez tenga que pagar el costo de su receta.

* En unos cuantos casos, cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos su pago [plans with cost sharing insert: para nuestra parte del costo].
* Lea el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] para saber más sobre las farmacias fuera de la red.

1. Si usted paga el costo total por una receta porque no lleva su Tarjeta de identificación de miembro de <plan name>

Si usted no lleva su Tarjeta de identificación de miembro del plan, pida a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

* Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos su pago [plans with cost sharing insert: para nuestra parte del costo].

1. Si usted paga el costo total de una receta por un medicamento que no está cubierto

Usted debe pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

* Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no sabía o no cree que se aplique a usted. Si usted decide obtener el medicamento, es posible que tenga que pagar su costo total.
  + Si no paga el medicamento pero cree que debería estar cubierto, usted puede pedir una decisión de cobertura (lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
  + Si usted y su médico creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida (lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable]).
* Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le paguemos. En algunas situaciones, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle su pago [plans with cost sharing insert: para nuestra parte del costo de] su medicamento.

Cuando nos envíe un pedido de pago, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura“. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos [insert if the plan has cost sharing: para nuestra parte del costo de] su servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Enviando su pedido de pago

[Plans may edit this section to include a second address if they use different addresses for processing health care and drug claims.]

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

Envíenos la factura y la prueba de todos los pagos que usted hizo. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y sus recibos para sus expedientes.** Puede pedir ayuda a su Coordinador de cuidados.

[If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language: Para asegurarse de que nos esté dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer su pedido de pago.

* Usted no tiene que usar el formulario, pero si lo hace nos ayudará a procesar más rápido la información.
* Usted puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (<web address>) o puede llamar a Servicios al miembro y pedir uno.]

[Plans with different addresses for drug and non-drug claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.] Envíenos su pedido de pago por correo junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

[Insert address.]

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

You may also call our plan to request payment.] [Plans should include all applicable numbers, days, and hours of operation.]

[Insert if applicable: **Usted debe enviarnos su reclamación a más tardar <number of days> días** después de la fecha en que usted obtuvo el servicio, artículo o medicamento.]

# Decisiones de cobertura

**Tomaremos una decisión de cobertura cuando recibamos su pedido de pago. Esto significa que decidiremos si su servicio o medicamento está cubierto por el plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar por el servicio o el medicamento, en caso en que tenga que pagarlo.

* Le avisaremos si necesitamos que nos dé más información.
* Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, pagaremos [plans with cost sharing insert: nuestra parte de] su costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por [insert as applicable: lo que usted pagó **or** nuestra parte del costo]. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] explica las reglas para pedir que se cubran sus servicios. El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] explica las reglas para pedir que se cubran sus medicamentos de receta.

* Si decidimos no pagar [plans with cost sharing insert: nuestra parte del costo de] su servicio o medicamento, le enviaremos una carta que le explique el motivo. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
* Para saber más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# Apelaciones

Si le parece que nos equivocamos al rechazar su pedido de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama apelar. También puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para saber más sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

* Si desea apelar para que le paguemos un servicio de cuidado de salud, vaya a la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].
* Si desea apelar para que le paguemos un medicamento, vaya a la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].