Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos [plans with cost sharing, insert: nuestra parte de] una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le dice cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le dice cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. 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. Pidiendo que paguemos por sus servicios o medicamentos 2](#_Toc12543086)

[B. Enviándonos su pedido de pago 4](#_Toc12543087)

[C. Decisiones de cobertura 5](#_Toc12543088)

[D. Apelaciones 6](#_Toc12543089)

# A. Pidiendo que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

**Si recibe una factura por** [plans with cost sharing insert: **el costo total de**] **servicios o medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, lea la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].

* Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
* Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó [plans with cost sharing, insert: más de su parte del costo; plans with no cost sharing, insert: la factura], usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
* Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.

Comuníquese con Servicios al miembro [insert if appropriate: o su coordinador de cuidados] [plans should replace the term “care coordinator” with the term they use] si tiene preguntas. Si [plans with cost sharing insert: no sabe qué debería haber pagado o si] recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan que le devuelva un pago que usted haya hecho o que le pague una factura que haya recibido:

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

Usted debe pedir al proveedor que le cobre al plan.

* Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos devolverle su dinero [*plans with cost sharing replace* su dinero *with* nuestra parte del costo]. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
* Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
  + 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] le devolveremos [plans with cost sharing insert: nuestra parte del costo].

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de <plan name> cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que 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 cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más que ese monto. No permitimos que los proveedores le facturen más que ese monto. Esto es cierto aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.]
* Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, [plans with cost sharing insert: que usted crea que es más de lo que usted debería pagar], envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
* Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, [plans with cost sharing insert: pero usted cree que pagó demasiado] envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado [insert as appropriate: por sus servicios cubiertos **or** por la diferencia entre la cantidad que usted haya pagado y la cantidad que debía pagar de acuerdo con el plan].

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

Si usted va a una farmacia que no está en la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

* Sólo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó [*plans with cost sharing insert:* por nuestra parte del costo].
* En el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] podrán informarle más sobre las farmacias fuera de la red.

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

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

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

1. Si paga el costo total por un medicamento que no está cubierto

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

* Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no creemos que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
  + Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, usted puede pedir una decisión de cobertura (lea el Capítulo 9 [*plans may insert reference, as applicable*]).
  + Si usted y su médico u otro proveedor 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 devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico u otro proveedor para poder devolverle lo que pagó por [*plans with cost sharing insert:* nuestra parte del costo] del medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura“. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por [insert if the plan has cost sharing: nuestra parte 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].

# B. Enviándonos 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 prueba de todos los pagos que haya hecho. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus expedientes.** [Plans that have care coordinators, insert: Puede pedirle ayuda a su coordinador de servicios.] [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use.]

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

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

[Plans with different addresses for Part C and Part D claims may modify this paragraph as needed and include the additional address.] Envíenos por correo su pedido de pago junto con las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

[Insert address.]

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

Usted también puede llamar a nuestro plan de seguro de salud para pedir que hagamos un pago.] [Plans should include all applicable numbers and days and hours of operation.]

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

# C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su pedido de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que vamos a decidir también si sus servicios o medicamento está cubierto por el plan.** También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el servicio o el medicamento.

* Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
* Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, lo pagaremos [plans with cost sharing insert: nuestra parte del costo and change “lo pagaremos” to “le pagaremos”]. 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.

En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] se explican las reglas para pedir el cubrimiento de sus servicios. En el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] se explican las reglas para los medicamentos que debe cubrir el programa de Medicamentos de MEDICARE Parte D.

* Si decidimos no pagar por [*plans with cost sharing insert:* nuestra parte del costo] del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
* Para saber más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].

# D. 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. Usted 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 devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, vaya a la página <page number> [*plans may insert reference, as applicable*].
* Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, vaya a la página <page number> [plans may insert reference, as applicable].